Modelo de atenção à Saúde

Promoção, Vigilância e Saúde da Família

Modelo de atenção à Saúde

Promoção, Vigilância e Saúde da Família

Carmen Fontes Teixeira
Jorge Pereira Solla
Autores

saladeaula 3

EDUFBA
Salvador, 2006

Aos que sonham, lutam e trabalham,
para construir um sistema de saúde universal, integral e eqüitativo,
que materialize o direito à saúde de todos os brasileiros.

Sumário

Apresentação
do Livro

A agenda política do processo de construção do Sistema Único de Saúde inclui como um dos temas centrais, a mudança do modelo de atenção de modo a se concretizar os princípios da universalidade, integralidade e equidade do cuidado. Esse tema tem sido objeto de reflexão por parte de um conjunto de pesquisadores e militantes da reforma sanitária ao longo das últimas décadas, o que tem gerado vários textos, artigos e livros que contemplam a análise crítica dos modelos hegemônicos, a sistematização de propostas alternativas e a problematização de aspectos variados do processo de implementação dessas propostas no âmbito dos sistemas e serviços de saúde do SUS.

Participando desse processo, temos enfrentado o desafio e aproveitado a oportunidade de escrever e publicar alguns textos que refletem a preocupação com o rigor teórico-conceitual e a viabilidade política e técnico-operacional de algumas das propostas e estratégias que vêm sendo implementadas, seus limites e possibilidades com respeito à mudança pretendida. Nesse percurso, além de debater com companheiros que pesquisam na mesma área temática, somos instados a utilizar os textos decorrentes como material de apoio a aulas, conferências e oficinas de trabalho realizadas com dirigentes, técnicos, profissionais e trabalhadores de saúde que apostam e investem, cotidianamente, na utopia de um sistema público que garanta a acessibilidade, a efetividade e a qualidade dos serviços de saúde a todos os brasileiros.

Os textos que apresentamos nesta coletânea foram elaborados ao calor dos debates e publicados originalmente em vários pe-

riódicos, ou apresentados em eventos da área de saúde, o que, se por um lado permitiu a difusão das idéias neles contidas, por outro, dificulta o acesso aos alunos dos cursos de graduação, especialização e pós-graduação na área, público preferencial ao qual se dirige esta publicação.

O primeiro capítulo reproduz o artigo publicado no número especial da revista *Saúde em Debate* dedicado ao temário da 12ª. Conferência Nacional de Saúde (RSD,CEBES, Londrina, v. 27,n. 65, set/dez 2003, p. 257-277), constituindo uma revisão abrangente do debate sobre o tema, tal como se apresentava naquele momento.

O segundo capítulo foi publicado originalmente em um número especial da *Revista Brasileira de Saúde da Família* editada pelo Ministério da Saúde em 2004, (MS, 2004, p. 10-23), abordando, especificamente, as possíveis relações entre as propostas de Promoção e Vigilância da saúde e a estratégia de Saúde da Família, eixo estruturante do processo de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS.

O terceiro capítulo, por sua vez, é um texto apresentado em Seminário Nacional sobre Promoção da Saúde, promovido pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Brasília, 2004, em um contexto no qual se analisava as potencialidades contidas no movimento em torno da promoção da saúde e a necessidade e possibilidade de se incorporar essa proposta ao processo de formulação e redefinição das políticas de atenção à saúde no âmbito do SUS.

O quarto capítulo foi elaborado para a *Revista Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, São Paulo, (jan-abr. de 2004, p. 37-46), especialmente dedicado à divulgação de artigos que tomaram como objeto a problemática da intersetorialidade, promoção da saúde e constituição das cidades saudáveis.

O quinto capitulo foi publicado originalmente no livro organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gershman, Flavio Coelho Edler e Julio Suarez, intitulado *Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS* (OPS/FIOCRUZ, 2005, p. 451 – 479), alentada coletânea que aborda múltiplos aspectos do movimento da reforma sanitária e da implementação do SUS em nosso meio.

O sexto capítulo traz o texto final do estudo de caso. Projeto "Melhores práticas e casos de ensino na gerência de políticas sociais", financiado pelo Instituto Interamericano para el Desarrollo (INDES), pelo Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), publicado em espanhol sob o título "Gestion de la implementacion del programa de salud de la família en Brasil, 1998-2002: caso del Município de Vitória da Conquista", na Serie Estúdios de Caso y Experiências relevantes en Gerencia social en América Latina, 10, BID, Washington, 2003, 24 p.

Finalmente, o último texto, sobre "Acolhimento no sistema municipal de saúde", foi publicado em um número especial da *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.5, n.5, out. dez., 2005, capítulo que recolhe o essencial da reflexão desenvolvida pelo autor a partir da experiência acumulada no município de Vitória da Conquista durante sua gestão.

Pode-se perceber que o fio condutor a unir um conjunto de textos tão diversos é a busca incessante que nos move, como pesquisadores ou gestores, militantes do processo de reforma sanitária, pela compreensão dos limites do modelo tradicional, experimentação de alternativas e enfrentamento das dificuldades políticas, técnicas e operacionais que se apresentam no cotidiano. Esperamos que a reunião desses textos em uma

única publicação possa facilitar o acesso e a avaliação crítica da sua eventual contribuição ao debate sobre os rumos da mudança na organização dos serviços e redefinição das práticas de saúde em nosso meio.

Os autores

Sobre os autores

Carmen Fontes Teixeira

Médica, (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 1978), Mestre em Saúde Comunitária, (MSC, UFBA, 1982), Especialista em Política e Administração em Saúde (FGV/ENSP, 1983), Doutora em Saúde Pública (PPGSC, UFBA, 1996). Professora do Departamento de Medicina Preventiva da FAMED-UFBA de 1980 a 1994, Professora do Instituto de Saúde Coletiva, da UFBA, desde 1994. No DMP participou do corpo docente da disciplina Saúde Pública e Medidas de Profilaxia e no ISC é professora da disciplina Política de Saúde, oferecida aos estudantes de Medicina. No programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, é docente responsável pelo ensino de Planejamento e Gestão em Saúde, tendo assumido a Coordenação do Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva desde sua implantação em 2001. Mais recentemente faz parte do corpo docente da disciplina Epistemologia e Metodologia da pesquisa em saúde, oferecida aos alunos do Mestrado e Doutorado. Nos últimos 20 anos orientou a realização de mais de 25 dissertações de mestrado e atualmente orienta mestrandos e doutorandos que pesquisam na área de política, planejamento e organização de serviços de saúde. Publicou dezenas de trabalhos científicos em revistas nacionais e capítulos de livros abordando temas relacionados com Planejamento e organização de sistemas e serviços de saúde, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Também publicou livros técnicos, entre os

quais: "O futuro da prevenção" (Casa da Qualidade, Salvador, Bahia, 2000), "Planejamento Municipal em Saúde" (CEPS-ISC, Salvador, Bahia, 2001), "Promoção e Vigilância da Saúde (em co-autoria com Jairnilson Paim e Ana Luiza Vilasboas), além de dois livros didáticos "O SUS e a Vigilância da Saúde" (MS. PROFORMAR, 2004) e "O processo de trabalho na Vigilância da Saúde" (em parceria com Lorene Pinto e Ana Luiza Vilasboas). Trabalhou como assessora técnica do Ministério da Saúde, Manágua, Nicarágua, através da Organização Panamericana de Saúde, em 1986-1987. Consultora contratada pela OPAS-Brasil e Cooperação Italiana em Saúde para atividades de cooperação técnica a Distritos Sanitários em vários estados brasileiros, entre 1989 a 1994. Participou, nos últimos 10 anos de programas de Cooperação técnica interinstitucional desenvolvidos pelo ISC junto ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em 2004-2005, trabalhou como assessora técnica junto ao CONASS, no processo de adaptação do Instrumento de Avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) no projeto de Fortalecimento da Gestão Descentralizada do SUS. Em 2005 participou do Curso Internacional sobre Desenvolvimento de Sistemas de Saúde promovido pela OPAS em Manágua-Nicarágua e realizou consultoria junto ao CRDS – Centro Regional para o Desenvolvimento Sanitário, em Maputo-Moçambique, contribuindo para a elaboração de uma proposta de transformação do Centro em uma Instituição de formação de pessoal em Saúde Pública, ao nível de graduação. Nos últimos 15 anos tem se envolvido com atividades administrativas, tendo sido Chefe do Departamento de Medicina Preventiva (FAMED), Coordenadora do processo de implantação do ISC e Chefe do Departamento de Saúde Coletiva (ISC) por duas vezes.

Atualmente, é membro do Colegiado do PPGSC do ISC, UFBA. Representou a UFBA no Conselho Estadual de Saúde (1996-1998), é membro da atual Diretoria do CEBES e da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO.

Jorge Pereira Solla

Médico do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia desde 1987, mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia e doutorando em Clínica Médica (área de concentração em gestão da saúde) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pela UFBA, foi médico sanitarista do Projeto Pilão Arcado (convênio UFBA/CAR/STR), pesquisador no Projeto Morbi-Mortalidade Materno-Infantil em Salvador (BA), coordenou o Curso de Especialização em Epidemiologia (1994/95), a Residência em Medicina Social em dois períodos (1995/97 e 1998/99), as atividades do convênio UFBA/SESAB para assessoria ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Bahia de 1996 a 1998, e dirigiu o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família – Bahia entre 1998 e 1999. Desenvolveu atividades docentes na Residência de Medicina Social na disciplina de Epidemiologia e como supervisor de prática e estágios. Em cursos de graduação da UFBA lecionou nas disciplinas de Saúde Pública (1992/93) e Epidemiologia (1994/95) pela Faculdade de Medicina. Desde o 2º semestre de 2005 vem desenvolvendo atividades docentes na disciplina de Epidemiologia do Instituto de Saúde Coletiva. Como médico sanitarista da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) exerceu atividades

entre 1990 e 1998 no Distrito Sanitário de Itapagipe, no Hospital São Jorge e no nível central desta secretaria (antigo Departamento de Assistência à Saúde). Entre 1997 e 1998 prestou assessoria a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, tendo coordenado a elaboração do Plano Municipal de Saúde (1998 – 2001) e a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Foi pesquisador associado do CETAD/UFBA em 1995/96, participando de vários grupos de pesquisa. Ministrou disciplinas de Epidemiologia, Análise de dados em Epidemiologia, Epidemiologia Social, Estatística de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância à Saúde, Gestão de Sistemas de Saúde, Política de Saúde e Monitoramento de Grupos de Risco em diversos cursos de especialização na UFBA, UEFS, UESC, UESB. UNEB, ENSP/FIOCRUZ, UFMT e UFRN. Prestou consultorias para o Ministério da Saúde no Departamento de Atenção Básica (antiga Secretaria de Políticas de Saúde) entre 1995 e 1999, para diversas secretarias municipais de saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e para o Ministério de Saúde de Angola. Foi professor da Escola Bahiana de Medicina em 1998, onde ministrou aulas na disciplina de Saúde Pública. Em 1997 recebeu o Prêmio Hernani Sávio Sobral, oferecido pela Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão – FAPEX por melhor trabalho de extensão da UFBA. Foi Secretário Municipal de Saúde de Vitória da Conquista entre 1999 e 2002, ocasião em que ocupou cargos de secretário geral e vice-presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia e de diretor (2000/01) e de Vice-Presidente (Região Nordeste) (2001/02) do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Foi membro da Comissão Intergestores Bipartite Estadual da Bahia (CIB) entre 1999 e 2001. Exerceu o cargo de Secretário de Aten-

ção à Saúde do Ministério da Saúde entre 2003 e 2005, período em que representou este Ministério no Conselho Nacional de Saúde. Atuou como membro na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 2001 a 2005, sendo representante do CONASEMS em 2001 e 2002 e do Ministério da Saúde entre 2003 e 2005. Representou o Ministério da Saúde no Conselho Diretivo do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre – RS) em 2003 e 2004.

A mudança do modelo de atenção à saúde no sus:
desatando nós, criando laços

Carmen Fontes Teixeira

Introdução

A reflexão sobre a problemática do que hoje denominamos "modelos de atenção à saúde", remonta aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e teve suas origens na análise crítica da prática médica e dos "movimentos ideológicos" de reforma que se apresentavam na conjuntura da época, especialmente a Medicina Preventiva (AROUCA, 1975) e a Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1976). Esses estudos abriram o caminho para a investigação dos determinantes do processo de trabalho em saúde (BRUNO GONÇALVES, 1979), de um lado, e das diversas modalidades de organização social das práticas de saúde no Brasil, especialmente a "Medicina Previdenciária" (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1979) as empresas médicas de "Medicina de Grupo" (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1984; CORDEIRO, 1984) e as experiências alternativas que começavam a ser desenvolvidas naquele

período, em vários locais, como Montes Claros (MG), Londrina (PR), Campinas (SP) e outros. Muita coisa aconteceu nos 28 anos que nos separam dos trabalhos pioneiros de Antonio Sérgio Arouca e de Maria Cecília Donnangelo, ponto de partida para uma reflexão teórica e política que contribuiu decisivamente para a construção dos alicerces conceituais do movimento pela RSB. Uma revisão crítica da produção acadêmica ao longo desse período, certamente indicará que a temática do processo de trabalho em saúde ou a produção social dos serviços, em suas distintas modalidades e formas de organização, foi sendo progressivamente deslocada do centro das atenções, em virtude da proeminência que passaram a ter questões de ordem jurídico-legal (em função do debate parlamentar sobre o direito à saúde e a legislação do SUS) e político-institucional, particularmente a problemática do financiamento e gestão do sistema público de saúde, o que reflete, inclusive, a dinâmica do processo político da RSB nos anos 80 e primeira metade dos anos 90.

Ainda assim, vários pesquisadores[1] vinculados à universidades e núcleos de pesquisa e cooperação técnica desenvolveram estudos e investigações sobre essa temática, acopladas no mais das vezes, ao desenvolvimento de experiências inovadoras de gestão e reorganização de serviços e de processos de trabalho em saúde. Nesse sentido, pode-se constatar uma diversificação de abordagens e propostas alternativas, diferenciadas em função dos contextos, dos fundamentos teórico-conceituais adotados e das estratégias de mudança das práticas pré-existentes nas unidades de saúde e nos sistemas locais que se constituíram em loci dessa experimentação e reflexão crítica. De fato, os últimos 15 anos foram pródigos na geração de experiências locais, distritais e municipais, que contemplaram a in-

trodução de inovações organizacionais e operacionais no sistema de serviços e nos processos de trabalho em saúde.

No período SUDS (87-89), em alguns Distritos Sanitários, dentre os que foram criados em todo o país, começou um processo de experimentação que buscava articular as contribuições de distintas disciplinas e de distintos movimentos ideológicos em torno da mudança das práticas de saúde. Ainda no final dos anos 80 e início dos anos 90, com as mudanças políticas verificadas em vários municípios, multiplicaram-se as experiências que buscavam introduzir alterações na organização dos serviços de saúde e nas relações entre a oferta, a demanda e as necessidades de saúde da população, com a incorporação de propostas elaboradas em conjunto com os grupos acadêmicos referidos, muitas vezes sob patrocínio de organizações internacionais como foi o caso da OPS e da Cooperação Italiana em Saúde (SILVA JR., 1998; MENDES, 1993; TEIXEIRA e MELO, 1995).

Paralelamente a esse processo desencadeado pelos gestores de sistemas municipais de saúde, notadamente a partir da implementação do PACS e do PSF, na segunda metade dos anos 90, centenas de experiências inovadoras na prestação de serviços vêm sendo desenvolvidas, seja no âmbito de uma unidade específica, ou mesmo no seio de uma equipe dos programas, introduzindo-se inovações no conteúdo das práticas – assistenciais, preventivas ou promocionais, e nas relações dos serviços com os diversos grupos da população nas áreas de abrangência dos programas.

O processo de construção do SUS vem se constituindo, portanto, em um imenso "laboratório", por conta de uma complexa e intrincada rede de relações entre assessorias e consultorias prestadas por núcleos acadêmicos e organismos de cooperação

técnica, nacionais e internacionais. Isto contribuiu para a difusão e incorporação de propostas que vinham sendo elaboradas e testadas em espaços restritos, as quais puderam ser transladadas a outras realidades, gerando novas adaptações e desdobramentos. Observa-se, assim, um processo de "interfertilização" entre a experimentação prática no âmbito de sistemas estaduais e municipais de saúde e a reflexão teórico-crítica de diversos grupos acadêmicos. Mais recentemente, o Ministério da Saúde vem adotando propostas de reorganização dos serviços fundamentadas no debate internacional sobre o tema que "dialogam" com a reflexão nacional, gerando experiências inovadoras, criativas, que constituem, a meu ver, a base para o desenvolvimento de um modo de pensar e de agir em termos de mudança do modelo de organização das práticas de saúde que aponta para a possibilidade de construção de propostas e respostas coerentes com nossos problemas e nossas utopias.

Apesar disso, no âmbito do debate político, a questão dos modelos de atenção, mesmo que tenha aparecido como tema da 10ª. CNS e também na 11ª,. foi obscurecida pelas discussões em torno do financiamento e da gestão do sistema. Isso, desde o período SUDS, passando pelo período Collor (ênfase na questão gerencial), no governo Itamar (quando se coloca com mais força a proposta de municipalização, implementada a partir daí através das NOBS) e mesmo no período FHC, quando, inicialmente o debate central girou em torno da questão do financiamento (CPMF e posteriormente a EC29) e da gestão (com a NOB 96 e a NOAS). Somente com a expansão da Saúde da Família a partir de 1998, esse tema passou a ter um pouco mais de visibilidade, tanto na mídia, em função do marketing político do governo quanto por conta das iniciativas desencadeadas pelas instâncias de coordenação central e esta-

dual dos programas, especialmente em eventos que evidenciaram os resultados alcançados em termos de cobertura populacional, número de equipes formadas e capacitadas, além dos efeitos verificados em alguns indicadores de saúde.

No momento atual, levando em conta o novo cenário governamental, especialmente no âmbito do Ministério da Saúde, é possível se pensar que o centro do debate político que vem se configurando no SUS, cujos desdobramentos se explicitarão na 12ª. CNS serão as propostas e estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde. De fato, pela primeira vez, nos últimos 15 anos, é possível que a problemática da mudança do modelo possa ser o eixo articulador do conjunto das políticas do MS, direcionando, especificamente, as opções em torno do Financiamento das ações e do Desenvolvimento de Recursos Humanos, sabidamente os dois "nós críticos" mais importantes do processo de reforma.

Nesse sentido, o objetivo do presente artigo é caracterizar as principais propostas de mudança no conteúdo e na forma de organização das práticas de saúde que vem sendo elaboradas nos últimos anos, tentando evidenciar suas diferenças e possíveis confluências tendo em vista a transformação do "modelo de atenção à saúde" em suas várias dimensões, política, tecnológica e organizacional. Em seguida, procuro discutir as possibilidades e os limites que se colocam no momento atual para o desenvolvimento desse processo, levando em conta as tendências e opções do governo federal com relação à política de saúde e as principais estratégias dirigidas à reorganização da atenção à saúde no SUS.

Mudança do "modelo de atenção" e transformação das práticas de saúde: elementos conceituais e estratégias de intervenção

Em um texto produzido para um Seminário sobre "Saúde e Desigualdade: instituições e políticas públicas no século XXI", realizado na ENSP/FIOCRUZ, em novembro de 2001, tratei de sistematizar alguns elementos conceituais que podem fundamentar o debate sobre "modelo de atenção à saúde", buscando explicitar, de um lado, a definição de "modelo assistencial" que toma como referencial a teoria do processo de trabalho em saúde, e do outro, a compreensão que se pode ter de "modelo de atenção"em uma perspectiva sistêmica. Como exemplo da primeira abordagem, resgatei a definição de modelo assistencial elaborada por Paim (1993, 1998, 1999) e tratei de descrever possíveis dimensões do "modelo de atenção" entendido como um dos componentes de um sistema de serviços de saúde. Reproduzo a seguir o trecho correspondente a essa sistematização tal como foi publicado na coletânea de artigos sobre o assunto, organizada por mim em 2002 (TEIXEIRA, 2002. p.110-113), considerando que essa dupla perspectiva nos ajudará, mais adiante, a compreender as semelhanças e diferenças, e os alcances e limites de cada uma das propostas alternativas que vem sendo colocadas em debate no momento atual.

"Modelos assistenciais, segundo Paim (1993, 1998, 1999) podem ser entendidos como "combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo

de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde". Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são "formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas" .

Além dessa concepção, fundamentada nos estudos sobre práticas de saúde, especialmente na identificação dos elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, pode-se conceber uma concepção "ampliada", sistêmica, sobre "modelo de atenção", que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o (s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2002).

Nessa perspectiva "ampliada", uma transformação do modelo de atenção, para ser concretizada, exige a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas, nas três dimensões. Mudanças parciais, entretanto, podem acontecer em cada uma das dimensões assinaladas, constituindo processos que podem facilitar transformações mais amplas. Assim, propostas de mudança no processo político-gerencial, com a introdução, por exem-

plo, de tecnologias de gestão que proporcionem a identificação de problemas e necessidades de saúde em uma perspectiva social e epidemiologicamente orientada, podem favorecer a ocorrência de mudanças nas práticas de saúde propriamente ditas, por induzir ao privilegiamento de ações voltadas à intervenção sobre os determinantes dos problemas e não apenas aos seus efeitos (TEIXEIRA, 2001). Na mesma linha, a introdução de mecanismos de controle e avaliação do processo de prestação de serviços, principalmente sobre a rede privada contratada e conveniada com o sistema público, é de fundamental importância para o estabelecimento de uma adequação entre a oferta e as necessidades e problemas de saúde da população, contribuindo para a correção dos efeitos mais perversos da lógica de mercado no setor (SOLLA *et al*., 2000).

Do mesmo modo, a introdução de mudanças na dimensão organizativa, quer seja pela modificação nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, quer seja pelo estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade (referência e contra-referência) tecnológica, ainda que sejam fundamentalmente estratégias de racionalização de custos, podem contribuir para a indução de práticas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde. Nessa perspectiva, colocam-se, por exemplo, as propostas de ampliação da "rede básica" de serviços de saúde, cuja expansão, em última instância pode alterar a proporção estabelecida entre "cuidados primários", "secundários e terciários", ou usando a terminologia da NOAS, entre a "rede básica" e a "atenção de média e alta complexidade". Na mesma linha, as propostas dirigidas ao estabelecimento de um pacto de responsabilidades entre vários municípios, que podem vir a compor, em conjunto, uma

"microregião de saúde", implicam, em última análise, na criação de possibilidades de acesso a uma gama variada de ações e serviços que, de outro modo, não poderiam ser garantidos à população, principalmente, aquela que habita os municípios menores, onde se constata mais insuficiências de infraestrutura do sistema.

Tudo isso é necessário, porém não suficiente para a transformação propriamente dita do modelo de atenção. Esta exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuários dos serviços.

Do ponto de vista das finalidades ou propósitos da atenção à saúde trata-se de superar o modelo centrado na atenção à "demanda espontânea", de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços, sejam estes delimitados enquanto "área de abrangência" de unidades de saúde, seja, como prevê a NOAS[2], o espaço compreendido em um "módulo assistencial" e, principalmente, o espaço circunscrito de uma microregião de saúde.

A ênfase do processo de prestação de serviços se desloca do eixo "recuperar a saúde de indivíduos doentes", para "prevenir riscos e agravos" e "promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais" o que implica tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a aten-

ção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os "efeitos" dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as "causas" (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (PAIM, 1994; TEIXEIRA, 1998).

A redefinição do objeto de trabalho exige a utilização de saberes e tecnologias consentâneas com a ampliação e diversificação do leque de ações e serviços, o que, por sua vez, se reflete na necessidade de mudança no perfil dos sujeitos do processo de trabalho, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador de saúde, quanto, principalmente, no perfil do "sujeito coletivo". Entenda-se por "sujeito coletivo", não apenas a equipe multiprofissional responsável pelas ações de saúde em cada território específico, como se coloca no âmbito da estratégia de Saúde da Família, em que pesem seus limites (CAMPOS, 2001; PAIM, 2001), senão que a população organizada em torno da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida, em um processo de "empoderamento" político e cultural.

A introdução de mudanças nas finalidades, no objeto e no sujeito do processo de trabalho em saúde incidem, em seu conjunto, sobre as relações estabelecidas entre os sujeitos e os saberes e tecnologias que utilizam para a apreensão do(s) objeto(s), entre os sujeitos, profissionais e trabalhadores de saúde, e a população usuária do sistema de serviços. Cabe ressaltar que, que estas relações sociais tem uma dimensão técnica, mas também uma dimensão ética, política e cultural, que circunscreve a primeira, embora na maioria das vezes sua relevância escape à percepção dos sujeitos envolvidos, até pela hipervalorização da dimensão tecnológica nas práticas de saúde no mundo contemporâneo".

Como se pode perceber pelo exposto acima, o processo de mudança do modelo de atenção à saúde é extremamente complexo, exigindo um conjunto heterogêneo de iniciativas "macro" sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível "micro". Ou seja, penso que é preciso conjugar mudanças nas "regras básicas" do sistema, com o desencadeamento de processos político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas, isto é, no âmbito das práticas de saúde, tanto em termos de mudança no conteúdo das práticas de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta, para usar a terminologia corrente no SUS) e também na forma de organização das unidades em redes assistenciais que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos e, ao mesmo tempo busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população.

Propostas de mudança do modelo de atenção: diferenças e confluências

Uma primeira observação a ser feita com relação ao conjunto de propostas de mudança no modelo de atenção à saúde que vem sendo implementadas e analisadas no âmbito do SUS[3], é que nenhuma delas dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde, desde

quando cada uma delas enfoca aspectos parciais desse processo, qual seja o desenho do sistema ao nível macro-organizacional, ou a mudança do processo de trabalho em saúde, ao nível das "micro-práticas", tanto em termos de conteúdo quanto em termos de forma de organização das relações entre os agentes das práticas e destes com os usuários.

Uma análise mais detalhada das diferenças, e eventuais confluências ou divergências, entre as propostas sugere como determinantes das diferenças seu contexto de origem, os fundamentos filosóficos e teóricos que embasam cada uma delas, o conteúdo mesmo das propostas apresentadas e o grau de permeabilidade, de diálogo, entre elas na prática, isto é, a possibilidade de conjugação e articulação das propostas em situações concretas no âmbito do SUS, principalmente ao nível local (micro-regional, municipal e/ou distrital). Para tornar claro essas diferenças e analisar suas possíveis confluências, trataremos de descrever sucintamente cada uma das propostas, seguindo uma lógica de exposição, que inicia com as que privilegiam o nível "micro" dos processos de trabalho em saúde, como é o caso do "modelo em defesa da vida" e as "ações programáticas", avançando paulatinamente para as propostas que buscam dar conta de mudanças ao nível "macro", de formulação e implementação de políticas, que extrapolam, inclusive, os limites do sistema de serviços de saúde, como é o caso da Promoção da Saúde e a proposta de Cidades Saudáveis. Entre estas situamos as propostas da Vigilância da Saúde e a Saúde da Família, que enfatizam aspectos técnicos e organizacionais do conjunto das práticas de saúde, tendo como referência a noção de integralidade da atenção.

Construindo um modelo "em defesa da vida": acolhimento, vínculo, contrato

O conjunto de propostas que constituem o chamado "modelo técnico-assistencial em defesa da vida", tem sua origem nos estudos e reflexões sobre a prática de gestão e consultorias institucionais desenvolvidas por docentes e pesquisadores do LAPA-UNICAMP ao longo, principalmente, da década de 90. Uma leitura crítica de alguns dos textos que sistematizam as propostas dessa corrente (CAMPOS, 1994; 1996; MERHRY, 1994; 1997; CECÍLIO, 1994) ainda que preliminar, revela que, guardadas as diferenças entre os principais autores, o fundamento filosófico e conceitual comum foi construído a partir da apropriação crítica de contribuições teóricas provindas do marxismo, do existencialismo, da psicanálise e da análise institucional, sendo central nessa corrente de pensamento, as idéias de autores contemporâneos pós-estruturalistas, como Felix Guattari e Cornelius Castoriadis.

O objeto central da análise empreendida por esses autores é o processo de trabalho em saúde e seu propósito, intelectual e político, indica o desejo de criar metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo que desencadeiem uma "revolução molecular" no âmbito das instituições de saúde e resulte no estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades. Com isso, estamos diante de uma perspectiva de transformação radical das pessoas e das práticas, que busca criar processos "instituintes", subvertendo modelos "instituídos", entre os quais, não só os modelos de organização social da prática médica e sanitária hegemônica, senão também as propostas alternativas fundadas nas idéias de

descentralização, regionalização e hierarquização de unidades de prestação de serviços, tornadas supérfluas pelo estabelecimento de processos que privilegiam o "acolhimento", os "vínculos", o "contrato" e a "autonomia" dos sujeitos – trabalhadores e usuários – na organização do "cuidado progressivo à saúde".

Na prática, a incorporação dessas propostas tem gerado experiências bem interessantes, que trazem à tona a problematização da chamada "(des)humanização" do atendimento, em função da tecnificação do cuidado à saúde e também permitem o enfrentamento de questões derivadas do processo de medicalização a que a população vem sendo expostas nos últimos 40 anos. Ou seja, problematiza a visão que a população usuária tem do sistema de saúde e da prática médica, tendendo a valorizar a especialização, a sofisticação tecnológica, o consumo de medicamentos e, até por associação, a prática privada.

Desse modo, a organização de práticas de "acolhimento" à clientela dos serviços públicos de saúde, e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na "porta de entrada" da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção ao usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na "releitura" das necessidades sociais de saúde da população (MERHY, 1994). Além de contribuir para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação da atenção à demanda espontânea que pode ter efeitos significativos na racionalização dos recursos, no perfil ocupacional dos profissionais e nas relações destes com os usuários e até no estabelecimento de processos de mudança nas concepções da população acerca das suas necessidades de saúde e do lugar ocupado pelo consumo de serviços de saúde na melhoria do seu bem-estar (CECÍLIO, 1994; MERHY, 1997).

O “ponto cego”, isto é, a lacuna principal desse “modelo”, a meu ver, é a ausência de propostas com relação ao desenho macroorganizacional do sistema, coisa aliás, que extrapola o universo teórico-conceitual e a perspectiva político-filosófica dos autores. Talvez nem se possa considerar isto como sendo uma lacuna, na medida e que os proponentes desse ‘modelo” não colocam esse ponto como necessário em seu referencial, pelo contrário, ao trabalharem no plano dos “micropoderes”, estes autores descartam a necessidade de se definir uma “imagem-objetivo” do sistema de saúde, políticas e diretrizes, regras e normas gerais, sob responsabilidade do Estado fazendo-nos crer que as que existem devem ser, inclusive, subvertidas, tendo em vista que o que se pretende é revolucionar o cotidiano dos serviços de saúde e transformar as pessoas.

Redefinindo o modo de organização tecnológica do trabalho em saúde: ações programáticas e uma nova ética do cuidado

As propostas do grupo de docentes e pesquisadores, organizado em torno do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa, sob responsabilidade do DMP-USP, têm sido identificadas, em vários textos, sob o rótulo de “ações programáticas em saúde”, na medida em que tomam, como ponto de partida, uma reflexão sobre a programação enquanto uma tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho. Tendo como ponto de partida uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde com forte viés do marxismo estruturalista (BRUNO-GONÇALVES, 1979), essa corrente avançou para a incorporação do enfoque epidemiológico, em uma perspectiva crítica (AYRES, 1995) e che-

gou, mais recentemente, a problematizar a dimensão ética do cuidado à saúde a partir de filósofos da modernidade como Heidegger, Habermas e Ricoeur (AYRES, 2001).

Do ponto de vista prático, esta corrente de pensamento propõe a delimitação dos objetos de intervenção no âmbito dos serviços como sendo as "necessidades sociais de saúde" definidas em função de critérios demográficos, sócio-econômicos e culturais, o que promove o estabelecimento de recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas (BRUNO-GONÇALVES, 1990; SCHRAIBER, 1990, 1993, 1995, 1996). Como apontei em outro trabalho (TEIXEIRA, 2000) essa proposta constitui uma alternativa à implementação dos chamados "programas especiais" definidos centralmente como "pacotes tecnológicos" a serem incorporados aos serviços. As ações previstas nos programas verticais derivam do conhecimento científico-técnico disponível para intervenção sobre os problemas, constituindo normas técnicas a serem seguidas universalmente. Estes programas têm sido implantados como "programas verticais", normativos, sem que o processo de operacionalização (ou não) leve em conta as características específicas das populações dos distintos territórios e as condições concretas de vida, que condicionam o modo de expressão dos problemas de saúde e doença. A experiência desenvolvida pelo grupo da USP, entretanto, aponta possibilidades de redefinição das práticas, tanto em termos do conteúdo das ações quanto na mudança das relações de trabalho e nas relações dos trabalhadores de saúde e os usuários, resgatando, inclusive, a problematização da dimensão ético-pedagógica do cuidado à saúde.

A incorporação das idéias e propostas desse grupo à prática gerencial no âmbito o SUS tem sido uma fonte de inspiração para o aperfeiçoamento tecnológico e organizacional de pro-

cessos de programação que tem como horizonte a busca de superação do viés economicista da Programação Pactuada Integrada – PPI e a institucionalização da programação como um espaço de construção coletiva do projeto de trabalho das equipes de saúde. Cabe lembrar que a PPI tem sido basicamente um instrumento de racionalização da oferta de serviços pelas unidades de saúde, não problematizando o conteúdo das práticas que são realizadas nem a sua adequação às necessidades e problemas de saúde da população dos municípios. O diálogo com as propostas das "ações programáticas", entretanto, pode ser extremamente fértil na perspectiva de estimular os profissionais e trabalhadores de saúde a buscarem aperfeiçoar continuamente suas práticas à luz do desenvolvimento científico e tecnológico disponível, bem como pode evidenciar a possibilidade de se experimentar formas alternativas de organização do cuidado mais consentâneas com as características sócio-culturais dos usuários dos serviços.

Comparando a contribuição dessa corrente com a anterior, podemos perceber que têm em comum o foco na reorientação do processo de trabalho em saúde, sendo que o "modelo em defesa da vida" privilegia os processos intersubjetivos de natureza psicológica e política, trabalhando as vinculações entre "desejo" e "vontade", no estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, enquanto que a corrente das "ações programáticas", enfatiza o aperfeiçoamento das práticas pela incorporação crítica dos saberes, conhecimentos e tecnologias disponíveis para a delimitação de objetos de intervenção referidos às necessidades de grupos populacionais específicos – mulheres, adolescentes, idosos, etc. ou problemas específicos que se apresentam na prática clínica, relançando-os no espaço social mais amplo das determinações sociais e políticas.

Em ambas correntes de pensamento permanece a lacuna relativa ao desenho macro-organizacional do sistema de serviços de saúde, no caso específico da contribuição do grupo da USP, também por não se constituir em objeto de eleição para a pesquisa e elaboração de propostas. Chama atenção também, que apesar de tomar como espaço de intervenção as unidades de saúde, no caso, uma unidade básica, o grupo da USP não tematiza necessariamente o território, e conseqüentemente, não trabalha com a idéia de ações territoriais de prevenção de riscos e agravos. Quer dizer, apesar da ênfase na utilização do enfoque epidemiológico, parece que a Epidemiologia ingressa na prática dos serviços para "iluminar" a clínica, ainda que seu conteúdo remeta à problematização dos determinantes sociais do processo saúde-doença nos grupos populacionais específicos sobre os quais e com os quais se organiza o cuidado.

Articulando o conjunto de objetos e estratégias de intervenção no âmbito das práticas: vigilância da saúde e a busca de integralidade da atenção

A proposta conhecida como Vigilância da Saúde tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos sanitários implantados no final dos anos 80 e início dos anos 90, por iniciativa de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contando com apoio da Organização Panamericana de Saúde e da Cooperação Italiana em Saúde. A base conceitual originária dos DS (SILOS), resultava de uma atualização da proposta de regionalização dos serviços de saúde elaborada por Dawson, nos anos 20, na Inglaterra, matriz da macro-organização do NHS e também do sistema de saúde italiano, ambos

fontes inspiradoras de propostas elaboradas pela vertente "político-institucional" do movimento pela RSB, representada, de certa forma, pela presença de Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS no período SUDS.

Além do enfoque sistêmico, que fundamentava a noção de SILOS, a implantação dos DS no contexto brasileiro absorveu rapidamente as propostas do planejamento estratégico-situacional, do Carlos Matus (1993) e também se alimentou da reflexão que vinha sendo desenvolvida por epidemiologistas como Pedro Luis Castellanos (1991;1997), acerca da análise de situações de saúde. Além disso, incorporou, no mesmo movimento, as contribuições da "nova geografia" do Milton Santos, como referencial para a delimitação dos territórios (no plural) circunscritos pelo DS, quais sejam, os territórios administrativo, sanitário e epidemiológico, não necessariamente coincidentes e sim recortados e superpostos como um mosaico que permite a identificação de problemas e necessidades de saúde e das possibilidades de oferta de serviços e de intervenções sobre condições de vida da população.

A noção de Vigilância da Saúde (VISAU) surgiu, nesse contexto, como forma específica de denominação da proposta de integração das práticas de saúde no território do DS, a partir de uma releitura crítica e atualização histórico-concreta, do diagrama proposto originalmente por Leavell & Clarck, a propósito dos "níveis de prevenção" que atravessam a História Natural das Doenças (HND) (LEAVELL e CLARCK, 1987; AROUCA, 1975; PAIM, 1994; TEIXEIRA, 2000). A partir dessa concepção renovada do modelo da HND, a VISAU incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde tal como se apresentam ou podem vir a se apresentar em uma situação

específica como a brasileira. Prevê, assim, a possibilidade de formulação e implementação de "políticas públicas saudáveis", conjunto de ações governamentais (intersetoriais) e não governamentais voltadas à melhoria das condições de vida das populações, e a reorganização das ações sob responsabilidade direta do sistema de serviços de saúde, sejam as ações de "vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica", dirigidas ao controle de riscos e danos, sejam as práticas de "assistência e reabilitação" dirigidas ao atendimento de necessidades e demandas de indivíduos e grupos populacionais.

A operacionalização da proposta de VISAU implica, pelo exposto, a valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados simultaneamente à delimitação de diversas "áreas" (de abrangência/influência dos serviços, de acordo com sua capacidade operacional) e, além disso, a incorporação da idéia de "mapas de risco", que fundamenta a delimitação de "microáreas" (definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população). A incorporação da noção de "problemas de saúde" no processo de planejamento e programação das ações, por sua vez, permite a valorização de uma visão policêntrica e democrática na definição dos objetos de intervenção, sem se perder de vista, porém, a racionalidade técnica que orienta a identificação de necessidades sociais de saúde e a problematização da demanda aos serviços para além da perspectiva clínica predominante entre os profissionais de saúde.

Como se pode perceber, a proposta de VISAU pretende dar conta do principio da integralidade, pensado tanto em uma perspectiva "vertical", de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, quanto "horizontal", no que diz respeito à articulação entre ações de promoção da saú-

de, prevenção de riscos, assistência e recuperação. Na prática, todavia, essas propostas tendem a ser flexibilizadas, de modo a se superar a idéia de uma estrutura "piramidal" de serviços, através da constituição de redes articuladas em função do atendimento de problemas e necessidades prioritárias, bem como permite uma plasticidade na composição do perfil de oferta de ações promocionais, preventivas e assistenciais, novamente tendo em vista a adequação dos serviços aos problemas e necessidades da população.

Talvez até por seu caráter abrangente, a Vigilância da saúde não avança com propostas específicas de mudança na organização do processo de trabalho e saúde, tendo estabelecido, inclusive, um diálogo com a corrente das "ações programáticas", dada a confluência de muitos dos seus pressupostos teóricos e políticos. Por outro lado, também tem se aproximado do debate sobre Promoção da Saúde, visando ampliar o escopo da reflexão sobre políticas e estratégias de ação intersetorial voltadas à melhoria das condições de vida. Simultaneamente, esta noção passou a ser usada como referência no âmbito da "estratégia de Saúde da Família", introduzida por consultores do PACS/PSF que buscavam um termo suficientemente abrangente que dê conta da busca de integralidade perseguida pela coordenação nacional e por algumas coordenações estaduais e municipais desses Programas.

“Revertendo” o modelo de atenção através da expansão e qualificação da atenção básica: a saúde da família e a regionalização da atenção

As origens da proposta de Saúde da Família remontam ao surgimento e difusão do movimento de Medicina Familiar (Paim, 2003a) estruturado em meados dos anos 60 nos EUA com a finalidade de introduzir reformas no processo de ensino médico. Difundido a vários países da América Latina nas décadas seguintes, este movimento se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil onde emergiu enquanto proposta de formação pós-graduada em “Medicina Geral e Comunitária”, vindo posteriormente a ser absorvido como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde. A trajetória institucional dessa proposta ilustra claramente um processo de “refuncionalização” de suas concepções e práticas, na medida em que, partindo de uma concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, a partir da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família), estas propostas foram paulatinamente associadas aos princípios da Medicina Comunitária e incorporaram princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e planejamento em saúde. De fato, uma análise da concepção brasileira da Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento

e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Primária, ou como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica (MS, 1998; 2000).

O mais interessante e, sem dúvida, mais relevante, politicamente, é que a Saúde da Família, formulada enquanto um programa "vertical" a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 90, foi reapropriada e redefinida, por um conjunto heterogêneo de atores políticos, ao nível estadual e posteriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala. Com isso, a partir de 1994 e, principalmente no período 1998-2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Mais que isso, a Saúde da Família, vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjugue com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle.

A pertinência dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF implantadas em todo o país (aproximadamente 20 mil), ainda que não se possa afirmar que, no

conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Nesse sentido, ainda que a Saúde da Família tenha como "imagem-objetivo" a integralidade das ações, o que tem gerado, inclusive, um diálogo e "interfertilização' com as propostas da Vigilância da Saúde (CAMPOS, 2003) ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar, na prática das equipes, uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas com controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Do mesmo modo, a pertinência dessa estratégia enquanto indutora de mudanças na organização do sistema de serviços de saúde como um todo, vem sendo testada e comprovada em diversas experiências municipais, cuja institucionalização, evidentemente, depende da existência ou criação de condições de permanência e reprodução do modelo, o que extrapola, às vezes, a capacidade dos governos municipais. Daí que se coloca a necessidade de articulação do processo de implementação da Saúde da Família com a Regionalização da Assistência, desencadeada no período 2001-2002 através do debate e implantação da NOAS. De fato, a possibilidade de se avançar na "microregionalização cooperativa", forma de superação da chamada "municipalização autárquica" (MENDES, 2001), que marcou o processo de descentralização da gestão do SUS nos últimos 10 anos, além de servir como um "choque de realidade", diante dos enormes vazios sanitários que se observa em vastos territórios de diversos estados do país, traz embutida uma preocupação com economia de escala na implantação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como de serviços de atenção hospitalar em

áreas prioritárias, sabidamente o “ralo” por onde escoa montante significativo dos recursos financeiros do SUS.

Pelo exposto percebe-se os avanços, mas também as lacunas da proposta de Saúde da Família, as quais, na prática concreta dos serviços, podem vir a ser superadas pelo diálogo e incorporação crítica de outras propostas que contemplam a redefinição do conteúdo das ações, como, por exemplo, a Vigilância da Saúde, orientando a ampliação dos objetos de intervenção nos territórios a partir da descentralização das “vigilâncias” – ambiental, sanitária e epidemiológica, e, mais que isso, a incorporação das idéias e propostas do movimento em torno da Promoção da Saúde, que extrapola as ações de “educação e mobilização popular” e incorporam o desencadeamento de ações intersetoriais nos territórios de abrangência das ações das equipes. Do ponto de vista da vinculação sistêmica com outros níveis de atenção, a articulação com a proposta de microregionalização da assistência pode contribuir para superar uma limitação de origem, isto é, o fato da Saúde da Família estar voltada fundamentalmente para a reorganização da atenção básica. Além disso, o processo de expansão da Saúde da Família para grandes municípios tem evidenciado novas lacunas e desafios para o aperfeiçoamento dessa estratégia, os quais abordaremos no último item desse trabalho.

Reorientando a política de saúde com base na promoção da saúde: das políticas públicas saudáveis à recriação do espaço público nas cidades

A concepção atualmente difundida de Promoção da Saúde, surge e se desenvolve, como assinala Buss (2003) nos últimos 20 anos, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa ocidental, sendo um marco da importância a Conferência de Ottawa (1986), na qual se apresentou a Promoção da Saúde como um "enfoque" político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. De fato, a proposta atual de Promoção da Saúde dá novo significado ao termo cunhado por Sigerist (1946) para designar uma das funções da medicina, ultrapassando em muito a idéia embutida no "nível de prevenção primária" definido por Leavell & Clarck (1987), estando associado a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria referindo-se a uma "combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a propostas de "responsabilização múltipla seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos" (BUSS, 2003, p.16).

Do ponto de vista conceitual, a Promoção da Saúde tem aberto espaço à reflexão sobre o conceito de saúde (ALMEIDA FILHO e ANDRADE, 2003), e a problematização das diferenças e semelhanças entre as estratégias de prevenção e promoção (CZERESNIA, 2003), estimulando epidemiólogos e cientistas sociais que atuam no campo da Saúde Pública/Coletiva,

a aprofundarem a discussão em torno do conceito de risco (CAPONI, 2003), vulnerabilidade (AYRES *et al*, 2003) e suas implicações para as práticas de saúde no mundo contemporâneo (CASTIEL, 2003), o que tem como um dos desdobramentos a atualização da reflexão sobre a proposta de Vigilância da Saúde (FREITAS, 2003; PAIM, 2003b).

A difusão das idéias que constituem o corpo doutrinário da Promoção da Saúde tem gerado a incorporação de muitas de suas propostas no processo de formulação de políticas e programas de saúde, como é o caso do Programa de Controle do Tabagismo e do Programa de Controle da AIDS, ao lado de diversas iniciativas em torno da definição de estratégias para a Promoção da Paz e do controle da Violência, em várias cidades brasileiras (TEIXEIRA e PAIM, 2000) e da formulação de políticas públicas saudáveis que levem em conta a possibilidade de articulação de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida de grupos populacionais expostos a riscos diferenciados (VIANA, 1998; JUNQUEIRA, 2000).

Uma das formas de difusão e incorporação das propostas do movimento da Promoção da Saúde no Brasil tem sido a criação de "cidades saudáveis", iniciativa fomentada pela Organização Mundial da Saúde e incorporada por várias administrações municipais nos últimos anos (Campinas, Curitiba, Fortaleza, e outras) (AKERMAN, 1997; JUNQUEIRA, 1997, 1998; RIBEIRO, 1997). A noção de "cidades saudáveis" implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações "comunitárias" no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vin-

culados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (WESTPHAL, 1997; MALIK, 1997, KEINERT, 1997; FERRAZ, 1999; RADIS, 2000). Como assinalei em outro lugar, sua incorporação ao referencial adotado pelas administrações municipais pode contribuir para a concretização de processos de descentralização, intersetorialidade e, principalmente, para a ampliação do leque de ações sociais voltados ao atendimento de necessidades de saúde da população, gerando experiências inovadoras de articulação intersetorial para o enfrentamento de problemas cujos determinantes extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2000).

A difusão e multiplicação de propostas políticas derivadas do movimento pela Promoção da Saúde, incluído recentemente na Agenda política de entidades representativas das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo próprio Ministério da Saúde, que em 1998 chegou a criar um projeto de Promoção da Saúde sob responsabilidade da então Secretaria de Políticas de Saúde (MS, 2002), sem dúvida, constitui uma importante inovação conceitual e político-ideológica na área de formulação de políticas sociais, porém, não dá conta, evidentemente, do encaminhamento dos problemas específicos da organização do "modelo de atenção à saúde". Sua inclusão nesse debate, a meu ver, se justifica, porém, pela renovação de perspectivas e pela abertura de um diálogo que tende a extrapolar o espaço de governabilidade das instituições gestoras do sistema de saúde e aponta, seja no nível federal, estadual ou municipal, para a possibilidade de reorientação de práticas que incidam sobre as condições e modos de vida da população, produzindo efeitos diretos e indiretos sobre o perfil de necessidades e demandas que venham a se apresentar ao sistema de serviços no futuro. Nesse sentido, a análise dos processos de

transição demográfica e epidemiológica, os novos "mapas de risco" e as estratégias de promoção e prevenção a serem adotadas nesses cenários, é parte da reflexão sobre as tendências e perspectivas das políticas e práticas de saúde no âmbito do SUS (BARRETO, 2002; PAIM, 2003c; TEIXEIRA, 2003).

Problemas e desafios no momento atual: desatando nós e criando laços

Vistas, em suas linhas gerais, as semelhanças e diferenças, confluências e divergências entre as diversas propostas de mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, cabe retomar a análise do contexto atual para que se possa identificar tendências e desafios colocados ao desenvolvimento desse processo. Pelo exposto anteriormente, podemos considerar que um dos "nós críticos" a serem desatados no momento atual, diz respeito à compreensão dos limites e possibilidades de cada uma das propostas em debate e experimentação, para que se possa, inclusive, conjugar elementos conceituais, metodológicos e operacionais de cada uma delas, na medida e que não apresentem incoerências e incompatibilidades entre si.

Nesse contexto, além das insuficiências e lacunas conceituais e metodológicas das diversas propostas de mudança do modelo de atenção, nos enfrentamos com a possibilidade de que as diferenças entre as propostas sejam assumidas como diferenças de projetos políticos das diversas forças envolvidas na formulação das estratégias de intervenção sobre o processo de reforma. Daí que é fundamental que se avance, durante os debates a serem realizados na 12ª. Conferência Nacional de Saúde, na construção de um consenso acerca de qual é o "SUS

que queremos", ainda que para isso, tenha que se superar resistência de ordem filosófica até mesmo com relação uma definição de uma "Imagem-objetivo".

A partir daí será mais fácil, creio eu, avançar na definição das políticas e estratégias de mudança do modelo, potencializando o que já vem ocorrendo em grande número de municípios que, através de consultorias ou pelo acesso à literatura da área, tratam de incorporar inovações na organização dos serviços e nas práticas de saúde que, muitas vezes, provém de correntes de pensamento diferentes. Como já defendi em outro trabalho (TEIXEIRA, 2000), penso que nenhuma das propostas sozinha dá conta do processo de mudança do modelo de atenção à saúde em todas as suas dimensões, daí que defendo a necessidade de se buscar reconstruir a organização dos serviços e se redefinir o conteúdo das práticas, a partir da situação concreta de cada local, seja um distrito, um município ou uma microregião de saúde, levando em conta a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde em cada região e estado. Com isso, é possível admitir que não deve se estabelecer um "modelo padrão" a ser reproduzido em todos os locais, senão que, como já vem ocorrendo, deve se definir princípios e diretrizes que possam ser adaptados às diversas realidades, constituindo variantes de um modelo que tenha como eixo central, a busca de universalização, integralidade e equidade na prestação de serviços.

Considerando que a questão da integralidade pode ser tomada como o eixo central para a formulação de políticas e implementação de estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde (PINHEIRO e MATTOS, 2001; 2003), cabe avançar na análise dos problemas e desafios que se colocam, no momento atual para a efetiva construção de um "modelo de

atenção que tenha a integralidade do cuidado como atributo central. Nesse sentido, cabe, em primeiro lugar, registrar que a noção de "integralidade" remete a uma dupla dimensão, a primeira relativa à integralidade do sistema de serviços de saúde (e à construção dos chamados "sistemas integrados", conforme analisado por Mendes, 2001) e a segunda à integralidade das práticas de saúde (e à articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos) em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços.

O processo de construção da Integralidade na dupla perspectiva (sistema e práticas) enfrenta hoje no âmbito do SUS um conjunto de desafios que podem ser classificados de "estruturais" e "conjunturais". Do ponto de vista "estrutural", o principal problema deriva exatamente do fato das práticas de saúde em nosso meio terem sido estruturadas segundo determinações econômicas e político-ideológicas que continuam, ainda hoje a vigorar. Isto é, a reprodução do "modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista" não ocorre por simples inércia ou somente pela vontade política dos sujeitos que ocupam os vértices do triângulo constituído pelo Estado, multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos e empresariado nacional e multinacional da área da saúde. A própria existência desse triângulo revela as fortes determinações econômicas envolvidas na reprodução do modelo, determinações essas que só se alteram no longo prazo, por força da acumulação de fatos e processos que venham a condicionar uma nova dinâmica de reprodução, induzida pelo fortalecimento do papel do Estado como regulador, isto é, como sujeito responsável pela implementação de um projeto político de mudança da lógica de organização e funcionamento do sistema

que subverta as pressões mercadológicas em nome dos interesses sociais (e epidemiológicos) da população.

Do ponto de vista "conjuntural", as opções adotadas pelos gestores do sistema (ao nível federal, estadual e municipal) no momento atual, conformam um mosaico extremamente complexo no qual se evidenciam elementos favoráveis e elementos desfavoráveis à manutenção ou transformação do modelo, que incidem, portanto, na construção da integralidade do cuidado e na acumulação de fatos e processos que podem vir a contribuir para a "reversão" efetiva do modelo médico-assistencial hegemônico.

Como elementos favoráveis podemos elencar:

a) a ênfase na implementação e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde através da expansão e qualificação da Saúde da Família, com incorporação das chamadas "ações programáticas estratégicas" (MS);

b) a possibilidade de se implementar a proposta de regionalização da atenção à saúde (NOAS), sob responsabilidade dos gestores estaduais (SES);

c) o interesse em se avançar na implantação de ações intersetoriais de Promoção da Saúde, principalmente, ao nível municipal (bandeira do CONASEMS);

d) a reorientação da formação profissional em saúde (Novas Diretrizes Curriculares) e a implementação dos Pólos de Educação Permanente (SEGETES) desde quando não enfraqueçam e sim potencializem a experiência acumulada com a formação e capacitação das equipes de Saúde da Família;

Como elementos desfavoráveis, destacamos:

a) a provável redução do volume de recursos financeiros para a saúde, diante das restrições derivadas da política econômica adotada pelo atual governo;

b) a pressão do empresariado médico-hospitalar pela manutenção do fluxo de recursos financeiros para os serviços de média e alta complexidade;

c) a resistência de algumas Secretarias Estaduais de Saúde em avançar com o processo de microregionalização da atenção à saúde acatando, apenas, uma perspectiva limitada de expansão da Atenção Básica (focalização);

d) a baixa capacidade gerencial e operacional de um número significativo de secretarias municipais de saúde;

Como se pode perceber, os "nós críticos" essenciais a serem desatados, na prática político-institucional, dizem respeito ao Financiamento e ao desenvolvimento de pessoal, através das ações de formação, capacitação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde. De fato, as opções em termos dos critérios de distribuição e utilização de recursos financeiros pelos diversos níveis de gestão do sistema e pelos diversos níveis de organização dos serviços, podem atuar como constrangimentos ou mecanismos indutores de mudanças no modelo de atenção. Do mesmo modo, as políticas de formação e capacitação de pessoal podem contribuir ou restringir as possibilidades de mudança das práticas de saúde, daí sua importância crucial nessa conjuntura.

A análise da direcionalidade da política de financiamento e de educação permanente dos profissionais de saúde, portanto, é imprescindível para a compreensão dos rumos que tomará o processo de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Mais que isso, entretanto, a possibilidade de se incidir nessa

direcionalidade, tendo em vista o fortalecimento de um processo de mudança que conduza efetivamente à universalização e integralidade da atenção, exige a construção de alianças estratégicas entre os gestores do SUS interessados nesse processo, os profissionais de saúde e a população usuária.

Nesse sentido, algumas questões merecem um aprofundamento, como, por exemplo, a proposta de expansão da estratégia de Saúde da Família aos municípios de mais de 100 mil habitantes. Cabe problematizar a pertinência de se implementar essa estratégia da mesma forma como vem sendo implementada nos pequenos e médios municípios, por duas simples razões: a) nos grandes centros, a Saúde da Família passa a competir, de fato, com o modelo médico-assistencial hegemônico, enfrentando a resistência de vários atores implicados na reprodução desse modelo, inclusive os profissionais de saúde; b) por isso mesmo, a Saúde da Família, tal como vem sendo implementada, encontra resistência na própria população usuária, habituada a consumir serviços especializados, mesmo ao nível da atenção básica. Por conta disso, há que se pensar na flexibilização da proposta, de forma a não se perder de vista a possibilidade de legitimá-la junto à população, ator central na construção da viabilidade da mudança do modelo.

Na mesma linha, há que se ter bastante cuidado com a implementação das propostas de desenvolvimento de pessoal de saúde, seguramente o aspecto mais delicado na sustentação do processo de mudança das práticas. A experiência acumulada pelos Pólos de Capacitação em Saúde da Família revela que os profissionais de saúde, até mesmo os médicos, podem vir a se constituir em potentes aliados do processo, desde quando sejam contemplados interesses econômico-financeiros e técnico-científicos, para além do compromisso político e ético que

pode vir a ser construído coletivamente no âmbito do processo de formação e educação permanente.

Enfim, para concluir, quero relembrar a observação precisa da professora Maria Cecília Donnangelo, em 1979, chamando a atenção para que a reforma "se fará com a população ou não se fará", a lembrar-nos que o sentido maior de todo o esforço desencadeado no âmbito jurídico-normativo, político-institucional e principalmente, na "ponta do sistema", para a mudança na organização e no conteúdo das práticas de saúde, é a escuta e a resposta aos problemas e necessidades sociais de saúde da população, e que é através desse processo que podemos contribuir para a redução das desigualdades, para a melhoria das condições de vida e o alcance de um patamar digno de saúde e bem-estar coletivos.

Notas

[1] Cabe destacar as contribuições dos integrantes do LAPA – UNICAMP, os docentes do DMP-USP e o grupo do ISC-UFBA, que desenvolveram, respectivamente, um conjunto de propostas identificadas como "modelo tecno-assistencial em defesa da vida", "ações programáticas de saúde" e "vigilância da saúde".

[2] Norma Operacional de Assistência da Saúde, que prevê a implementação de um processo de regionalização dos serviços, que contempla a constituição de "módulos assistenciais" e "microregiões de saúde". (MS, 2002).

[3] Não estamos tratando aqui de outras propostas de mudança na organização e gestão da produção de serviços que vem sendo difundidas no âmbito do sistema privado de prestação de serviços, especialmente o "managed care" ou a "medicina baseada em evidências", ainda que, em algum momento, essas propostas possam repercutir no debate que vem sendo travado no sistema público.

Referências

AKERMAN, M. *et al.* A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência realizada em Campinas-SP. *Saúde e Sociedade*, v.6 n.2, p.83-99, 1997.

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 97-115.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, São Paulo, 1975.

AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. 231 p.

AYRES, J. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* v.6, n.1, p.63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI Fº, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 117-139.

BARRETO, M. L. Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: histórico, fundamentos e perspectivas. *Conferência de abertura.* V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba-PR, 24-27 de março de 2002. 30 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAMPOS F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, v.5, n.9, p.133-142, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança; revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. *In:* CECÍLIO, L. C. O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994 .

CAMPOS, G. W. S. Sobre la reforma de los modelos de atencion: um modo mutante de hacer salud. *In:* EIBENSCHUTZ (org.) *Política de Saúde:* o público e o privado. Fiocruz, 1996, p. 293-312.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 55-77.

CASTELLANOS, P. L.(coord.) *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud segun condiciones de vida y del impacto de las Acciones de Salud y Bienestar*. Proyecto. OPS/OMS, 52 p. 199lb.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. *In:* BARATA, R. (org.) *Condições de vida e situação de saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 31-75, 1997.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.79-95.

CECÍLIO, L. (org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994. 334 p.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas:* as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial. *Cadernos Saúde da Família*, Brasília, v. 1, n.11, p.13-15, 1996.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 39-53.

DONNANGELLO M. C. F. *Saúde e Sociedade.* Duas cidades. São Paulo, SP, 1976.

DONNANGELO, M.C. F. (debatedora). Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. *In:* Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, Brasília, 1979, p. 83-88.

FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis*: uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999, 103 p.

FLEURY, S M.(org.) *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 262 p.

FREITAS, C. M. A. Vigilância da saúde para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.141-159.

JUNQUEIRA, L.P. *Novas formas de gestão na saúde:* descentralização e intersetorialidade saúde e sociedade. v.6, n. 2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública - RAP*, Rio de Janeiro: v.32, n.2, p.11-22, 1998.

KEINERT, T.M.M.. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades saudáveis". *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p. 55-64, 1997.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. Editora McGraw–Hill do Brasil Ltda. 1987. 744 p.

MATUS, C. *Política, planificação e governo*, 2. ed. Brasília: IPEA, 1993, p. 297 p. 2v.

MALIK, A. M. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde e Sociedade,* v.6, n.2, p.19-30, 1997.

MENDES, E. V. (org.) *Distrito sanitário*: *o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993. 300 p.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, v.2., 2001. 167p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e História*: *as raízes sociais do trabalho médico*. Departamento de Medicina Preventiva da USP (Dissertação de Mestrado), 1979.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In:* CECÍLIO, L. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 117-160.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) 1997. *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo/ Buenos Aires: HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, 385p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família:* uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed., Brasília,1998. 36 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma operacional da assistência à saúde* (NOAS). SUS 01/02. Brasília, DF, março de 2002. 75 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *Relatório de Gestão.* Brasília, dezembro de 2002. 235 p.

OLIVEIRA , J.; TEIXEIRA, S. F. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. *In*: GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e medicina no Brasil*, 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 181-205.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil.* Rio de Janeiro: Vozes, 1979.

PAIM, J, S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários *In:* MENDES (org.) *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In:* ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994b, p. 455-466.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, 5. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 489-503.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p. 557-567, 2003.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567- 586, 2003.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 161-174.

RADIS (TEMAS). *Cidades saudáveis*, n.19, Editora Fiocruz, 2000.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO, 2001. 178 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO, 2003. 226 p.

RIBEIRO, R. C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade: a experiência de Fortaleza. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p. 47-54, 1997.

SCHRAIBER, L. (org.) *Programação em saúde hoje.* São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1990. 226 p.

SCHRAIBER, L.B. Epidemiologia em serviços: uma tecnologia de que tipo? *In:* MS.FNS. CENEPI. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano 2, n. 3, p. 5-32, 1993.

SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de Saúde. *Saúde em Debate*, n.47, p. 28-35, CEBES, 1995.

SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto:* programas e ações na unidade básica. São Paulo, HUCITEC, 1996, 286 p.

SILVA JÚNIOR, A. *Modelos tecno-assistenciais em saúde.* O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998. 13p.

SOLLA, J; MATOS, L.; NUNES, P. Municipalização plena do sistema de saúde: construindo um sistema público e gratuito de atenção à saúde em Vitória da Conquista. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Livro de Resumos. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 5, Suplemento, 2000.

TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. (orgs.) *Construindo distritos sanitários:* a experiência da cooperação italiana em saúde no município de São Paulo. São Paulo/ Salvador: HUCITEC/CIS, 1995.

TEIXEIRA, C. F. PAIM, J. S. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública.* São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v.34, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Caderno da 11ª. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, dezembro de 2000. p. 261-281.

TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção.* Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 114 p.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde.* 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 515-531.

WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p.9-18, 1997.

Saúde da família, promoção e vigilância:

construindo a integralidade da atenção à saúde no sus

Carmen Fontes Teixeira

Introdução

O processo de construção do Sistema Único de Saúde enfrenta, no momento atual, um dos maiores, senão o maior desafio, aquele de cujo encaminhamento resultará o desenho organizacional e a configuração do conjunto das práticas de atenção à saúde que se realizam no cotidiano das instituições e serviços. Trata-se de garantir, através da formulação e implementação de políticas e estratégias de mudança na gestão, organização e financiamento do sistema, que se consolide o processo de mudança do modelo assistencial, processo esse que vem se desenvolvendo, principalmente, a partir de 1993-1994, quando se desencadeou a municipalização e a implementação da estratégia de Saúde da Família. De fato, apesar das restrições derivadas da política econômica reiterada na atual conjuntura, e mesmo levando em conta a complexidade das relações políticas intergovernamentais, ou seja, o "mosaico" político

partidário presente nos diversos níveis de gestão do SUS, conta-se com uma acumulação de conhecimentos e experiências que permitem o aprofundamento do debate em torno de propostas alternativas ao modelo médico-assistencial hegemônico.

Em trabalho recente, que amplia e aprofunda algumas reflexões que fiz em torno dessas alternativas, comento que o processo de reforma do modelo de atenção à saúde exige a implantação de mudanças político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais no âmbito das práticas de saúde. Tais inovações podem incidir tanto no conteúdo das práticas, de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta, para usar a terminologia corrente no SUS) e também na forma de organização das unidades em redes assistenciais que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos e, ao mesmo tempo busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população (TEIXEIRA, 2003).

Nesse sentido, é importante resgatar o significado estratégico da regionalização do sistema de serviços, bem como avançar no debate em torno das possibilidades de articulação entre as diversas alternativas de mudança na organização, no conteúdo e nas relações estabelecidas no âmbito das práticas de saúde, como é o caso das propostas elaboradas em torno das noções e conceitos de "acolhimento" e "vínculo", "promoção e vigilância da saúde", "ações programáticas", "clinica ampliada" e ou-

tras. Além destas, originárias em sua maioria, do ambiente acadêmico, ainda que experimentadas largamente no âmbito dos serviços, notadamente ao nível municipal e local, cabe destacar a Saúde da Família, a única que, por ter sido elevada à categoria de "estratégia de mudança do modelo assistencial" pelo Ministério da Saúde, particularmente a partir de 1998, vem sendo implantada de forma a abarcar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos do SUS.

A atual política do MS reafirma essa opção com relação à reorganização do modelo de atenção à saúde, propondo como eixo desse processo a ampliação e qualificação da atenção básica. Desse modo, enfatiza a importância da implementação da estratégia de Saúde da Família, com a consolidação do trabalho das equipes nos pequenos e médios municípios e o avanço do PSF para os grandes municípios das regiões metropolitanas. Nesse contexto, é mais que nunca necessário que se aprofunde a análise em torno das limitações dessa proposta para dar conta do processo de mudança do modelo em toda a sua magnitude, ao tempo em que se identificam as possibilidades de aperfeiçoamento e/ou redefinição dessa estratégia de modo a que possa efetivamente contribuir para o alcance dos propósitos do sistema com relação ao acesso, cobertura, efetividade, qualidade e humanização da prestação de ações e serviços à população.

O objetivo desse trabalho é contribuir para este debate, tendo como ponto de partida uma caracterização geral da proposta de SAF, com a identificação dos seus avanços e limites no momento atual. Assim, tratamos de sistematizar alguns dos problemas que vendo sendo observados na prática das equipes de Saúde da Família e analisados em trabalhos recentes na área. Em seguida, inserimos na reflexão as possíveis contribuições

das idéias, noções e conceitos articulados em torno da proposta de Vigilância da Saúde, bem, como das propostas oriundas do debate internacional sobre a Promoção da Saúde. Finalmente, discutimos a necessidade e possibilidade de um diálogo que gere a "interfertilização" entre estas propostas, de modo a que o processo de mudança do modelo de atenção seja enriquecido teoricamente e ampliado do ponto de vista político-estratégico e tático-operacional.

Saúde da família: de programa vertical a estratégia de mudança do modelo de atenção

As origens da proposta de Saúde da Família remontam ao surgimento e difusão do movimento de Medicina Familiar (Paim, 2003a) estruturado em meados dos anos 60 nos EUA com a finalidade de introduzir reformas no processo de ensino médico. Difundido a vários países da América Latina nas décadas seguintes, este movimento se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil, onde emergiu enquanto proposta de formação pós-graduada em "Medicina Geral e Comunitária", vindo posteriormente a ser absorvido como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde.

A trajetória institucional dessa proposta ilustra claramente um processo de "refuncionalização" de suas noções e práticas, na medida em que, partindo de uma concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, através da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família), estas propostas foram paulatinamente associadas aos princípios da Medicina Comunitária e incorporaram princípios e diretrizes que vão

além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e planejamento em saúde. De fato, uma análise da concepção brasileira da Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementariedade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Primária, ou como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica. (MS, 1998; 2000).

O mais interessante e, sem dúvida, mais relevante, politicamente, é que a Saúde da Família, formulada enquanto um programa "vertical" a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 90, foi reapropriada e redefinida, por um conjunto heterogêneo de atores políticos, ao nível estadual e posteriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala. Com isso, a partir de 1994 e, principalmente no período 1998-2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reor-

ganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Mais que isso, a Saúde da Família, vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjugue com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle.

A pertinência dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF[1] implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Alguns estudos evidenciam que, a prática das equipes do Programa se concentra, basicamente, na oferta organizada de serviços básicos como ações de educação sanitária dirigida a grupos de gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e grupos de idosos, realizadas nas unidades de saúde ou na comunidade, ao lado de ações de atenção básica ao grupo materno-infantil, que incluem planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle de desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção (SILVA, 2002; MS, 2003; TEIXEIRA, 2004).

As ações de vigilância em saúde, mesmo em uma concepção restrita, limitada à vigilância ambiental (controle de riscos relativos a vetores de DIP, por exemplo) ou vigilância sanitária (controle de riscos associados ao consumo de bens e serviços, como água, alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos etc.) ou mesmo a vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos

prioritários, como Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, Ca de Colo de útero e mama, ou ainda, as ações específicas de atenção à problemas de saúde mental, ainda são desenvolvidas de modo incipiente pela grande maioria das equipes.

Ainda no que diz respeito à prática das equipes, apesar dos esforços de capacitação e educação permanente dos diversos profissionais, há estudos que evidenciam a persistência de uma baixa qualidade da atenção e baixa efetividade na resolução de problemas comuns, como por exemplo, o controle das diarréias em menores de um ano ou a redução da mortalidade materna, entre cujos fatores de risco encontra-se a baixa cobertura e a baixa qualidade da atenção ao pré-natal.

Um dos resultados indesejados desse processo vem sendo o aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, decorrente da extensão de cobertura da atenção básica, sem que ao mesmo tempo se verifique um aumento da resolutividade desse nível de atenção. Principalmente nos municípios de pequeno porte, que constituem a imensa maioria dos municípios brasileiros, a implantação da SAF, ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se fez acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como é o caso da Mortalidade Infantil.

Por conta disso, ainda que a Saúde da Família tenha como "imagem-objetivo" a integralidade das ações, o que tem gerado, inclusive, um diálogo com as propostas da Vigilância da Saúde (CAMPOS, 2003) ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo

como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas para o controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Cabe registrar ainda, uma tendência à “burocratização” do processo de gerenciamento do trabalho das equipes de SAF, identificada a partir de relatos de enfermeiras supervisoras do programa, que apontam o número excessivo de formulários, planilhas e outros instrumentos utilizados no processo de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações realizadas.

Pelo exposto percebe-se os avanços, mas também as lacunas da proposta de Saúde da Família, as quais, na prática concreta dos serviços, podem vir a ser superadas pelo diálogo e incorporação crítica de outras propostas que contemplam a redefinição do conteúdo das ações, como, por exemplo, a Vigilância da Saúde, orientando a ampliação dos objetos de intervenção nos territórios a partir da descentralização das “vigilâncias” – ambiental, sanitária e epidemiológica, e, mais que isso, a incorporação das idéias e propostas do movimento em torno da Promoção da Saúde, que extrapola as ações de “educação e mobilização popular” e incorporam o desencadeamento de ações intersetoriais nos territórios de abrangência das ações das equipes.

Vigilância da saúde: integração de práticas e redefinição do processo de trabalho em saúde

A proposta conhecida como Vigilância da Saúde tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos sanitários implantados no final dos anos 80 e início dos anos

90, por iniciativa de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contando com apoio da Organização Panamericana de Saúde e da Cooperação Italiana em Saúde. A base conceitual originária dos Distritos Sanitários (Sistemas Locais de Saúde - SILOS), resultava de uma atualização da proposta de regionalização dos serviços de saúde elaborada por Dawson, nos anos 20, na Inglaterra, matriz da macro-organização do National Health Service - NHS e também do sistema de saúde italiano, ambos fontes inspiradoras de propostas elaboradas pela vertente "político-institucional" do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, representada, de certa forma, pela presença de Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS no período SUDS (1987 – 1989).

Além do enfoque sistêmico, que fundamentava a noção de SILOS, a implantação dos DS no contexto brasileiro absorveu rapidamente as propostas do planejamento estratégico-situacional, do Carlos Matus (1993) e também se alimentou da reflexão que vinha sendo desenvolvida por epidemiologistas como Pedro Luis Castellanos (1991;1997), acerca da análise de situações de saúde. Além disso, incorporou, no mesmo movimento, as contribuições da "nova geografia" do Milton Santos, como referencial para a delimitação dos territórios (no plural) circunscritos pelo DS, quais sejam, os territórios administrativo, sanitário e epidemiológico, não necessariamente coincidentes e sim recortados e superpostos como um mosaico que permite a identificação de problemas e necessidades de saúde e das possibilidades de oferta de serviços e de intervenções sobre condições de vida da população.

A noção de Vigilância da Saúde (VISAU) surgiu, nesse contexto, como forma específica de denominação da proposta de

integração das práticas de saúde no território do DS, a partir de uma releitura crítica e atualização histórico-concreta, do diagrama proposto originalmente por Leavell e Clarck, a propósito dos "níveis de prevenção" que atravessam a História Natural das Doenças (HND) (LEAVELL e CLARCK, 1987; AROUCA, 1975; PAIM, 1994; TEIXEIRA, 2000). A partir dessa concepção renovada do modelo da HND, a Vigilância da Saúde (VISAU) incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde tal como se apresentam ou podem vir a se apresentar em uma situação específica como a brasileira. Prevê, assim, a possibilidade de formulação e implementação de "políticas públicas saudáveis", conjunto de ações governamentais (intersetoriais) e não governamentais voltadas à melhoria das condições de vida das populações e a reorganização das ações sob responsabilidade direta do sistema de serviços de saúde, sejam as ações de "vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica", dirigidas ao controle de riscos e danos, sejam as práticas de "assistência e reabilitação" dirigidas ao atendimento de necessidades e demandas de indivíduos e grupos populacionais.

A operacionalização da proposta de VISAU implica, pelo exposto, a valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados simultaneamente à delimitação de diversas "áreas" (de abrangência/influência dos serviços, de acordo com sua capacidade operacional) e, além disso, a incorporação da idéia de "mapas de risco", que fundamenta a delimitação de "microáreas" (definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população). A incorporação da noção de "problemas de saúde" no processo de planejamento e programação das ações, por sua vez, permite a valorização de uma visão policêntrica e de-

mocrática na definição dos objetos de intervenção, sem se perder de vista, porém, a racionalidade técnica que orienta a identificação de necessidades sociais de saúde e a problematização da demanda aos serviços para além da perspectiva clínica predominante entre os profissionais de saúde.

Como se pode perceber, a proposta de VISAU pretende dar conta do principio da integralidade, pensado tanto em uma perspectiva "vertical", de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, quanto "horizontal", no que diz respeito à articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação. Na prática, todavia, essas propostas tendem a ser flexibilizadas, de modo a se superar a idéia de uma estrutura "piramidal" de serviços, através da constituição de redes articuladas em função do atendimento de problemas e necessidades prioritárias, bem como permite uma plasticidade na composição do perfil de oferta de ações promocionais, preventivas e assistenciais, novamente tendo em vista a adequação dos serviços aos problemas e necessidades da população.

Talvez até por seu caráter abrangente, a Vigilância da saúde não avança com propostas específicas de mudança na organização do processo de trabalho e saúde, tendo estabelecido, inclusive, um diálogo com a corrente das "ações programáticas" (SCHRAIBER, 1990; SCHRAIBER *et al*.,1996) dada a confluência de muitos dos seus pressupostos teóricos e políticos. Por outro lado, também tem se aproximado do debate sobre Promoção da Saúde, visando ampliar o escopo da reflexão sobre políticas e estratégias de ação intersetorial voltadas à melhoria das condições de vida. Simultaneamente, esta noção passou a ser usada como referência no âmbito da Saúde da Família, introduzida por consultores do PACS/PSF que busca-

vam um termo suficientemente abrangente que dê conta da busca de integralidade perseguida pela coordenação nacional e por algumas coordenações estaduais e municipais desses Programas.

Promoção da Saúde: formulação e implementação de políticas intersetoriais e práticas sociais para a melhoria da qualidade de vida

A concepção atualmente difundida de Promoção da Saúde, surge e se desenvolve, como assinala Buss (2003) nos últimos 20 anos, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa ocidental, sendo um marco importante a Conferência de Ottawa (1986), na qual se apresentou a Promoção da Saúde como um "enfoque" político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. De fato, a proposta atual de Promoção da Saúde dá novo significado ao termo cunhado por Sigerist (1946) para designar uma das funções da medicina, ultrapassando em muito a idéia embutida no "nível de prevenção primária" definido por Leavell & Clarck (1987), estando associado a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria referindo-se a uma "combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a propostas de "responsabilização múltipla seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos" (BUSS, 2003, p.16).

Do ponto de vista conceitual, a Promoção da Saúde tem aberto espaço à reflexão sobre o conceito de saúde (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003), e a problematização das diferenças e semelhanças entre as estratégias de prevenção e promoção (CZERESNIA, 2003), estimulando epidemiólogos e cientistas sociais que atuam no campo da Saúde Pública/Coletiva, a aprofundarem a discussão em torno do conceito de risco (CAPONI, 2003), vulnerabilidade (AYRES *et al*, 2003) e suas implicações para as práticas de saúde no mundo contemporâneo (CASTIEL, 2003), o que tem como um dos desdobramentos a atualização da reflexão sobre a proposta de Vigilância da Saúde (FREITAS, 2003; PAIM, 2003b).

A difusão das idéias que constituem o corpo doutrinário da Promoção da Saúde tem gerado a incorporação de muitas de suas propostas no processo de formulação de políticas e programas de saúde, como é o caso do Programa de Controle do Tabagismo e do Programa de Controle da AIDS, ao lado de diversas iniciativas em torno da definição de estratégias para a Promoção da Paz e do controle da Violência, em várias cidades brasileiras (TEIXEIRA; PAIM, 2000) e da formulação de políticas públicas saudáveis que levem em conta a possibilidade de articulação de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida de grupos populacionais expostos a riscos diferenciados (VIANA, 1998; JUNQUEIRA, 2000).

Uma das formas de difusão e incorporação das propostas do movimento da Promoção da Saúde no Brasil tem sido a criação de "cidades saudáveis", iniciativa fomentada pela Organização Mundial da Saúde e incorporada por várias administrações municipais nos últimos anos (Campinas, Curitiba, Fortaleza, entre outras) (AKERMAN, 1997; JUNQUEIRA, 1997, 1998; RIBEIRO, 1997). A noção de "cidades saudáveis" implica

uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações "comunitárias" no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (WESTPHAL, 1997; MALIK, 1997, KEINERT, 1997; FERRAZ, 1999; ZAMUDIO, 1998; RADIS, 2000). Como assinalei em outro lugar, sua incorporação ao referencial adotado pelas administrações municipais pode contribuir para a concretização de processos de descentralização, intersetorialidade e, principalmente, para a ampliação do leque de ações sociais voltados ao atendimento de necessidades de saúde da população, gerando experiências inovadoras de articulação intersetorial para o enfrentamento de problemas cujos determinantes extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2000).

A difusão e multiplicação de propostas políticas derivadas do movimento pela Promoção da Saúde, incluído recentemente na agenda política de entidades representativas das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo próprio Ministério da Saúde, que em 1998 chegou a criar um projeto de Promoção da Saúde sob responsabilidade da então Secretaria de Políticas de Saúde (MS, 2002), sem dúvida, constitui uma importante inovação conceitual e político-ideológica na área de formulação de políticas sociais, porém, não dá conta, evidentemente, do encaminhamento dos problemas específicos da organização do "modelo de atenção à saúde". Sua inclusão nesse debate, a meu ver, se justifica, porém, pela renovação de perspectivas e pela abertura de um diálogo que tende a

extrapolar o espaço de governabilidade das instituições gestoras do sistema de saúde e aponta, seja no nível federal, estadual ou municipal, para a possibilidade de reorientação de práticas que incidam sobre as condições e modos de vida da população, produzindo efeitos diretos e indiretos sobre o perfil de necessidades e demandas que venham a se apresentar ao sistema de serviços no futuro. Nesse sentido, a análise dos processos de transição demográfica e epidemiológica, os novos "mapas de risco" e as estratégias de promoção e prevenção a serem adotadas nesses cenários, é parte da reflexão sobre as tendências e perspectivas das políticas e práticas de saúde no âmbito do SUS (BARRETO, 2002; PAIM, 2003c; TEIXEIRA, 2003).

Saúde da Família, Promoção e Vigilância: articulação possível e necessária (porém não suficiente) para a construção da integralidade da atenção à saúde

A efetiva construção de um modelo de atenção à saúde que tenha como atributo central a integralidade demanda a formulação de políticas e a implementação de estratégias de mudança organizacional e operacional no âmbito do sistema de serviços de saúde em vários planos e níveis. Nesse sentido, cabe, em primeiro lugar, registrar que a noção de "integralidade" remete a uma dupla dimensão, a primeira relativa à integralidade do sistema de serviços de saúde e à construção dos chamados "sistemas integrados" (MENDES, 2001) e a segunda à integralidade das práticas de saúde, ou seja, a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos em todos os

níveis organizacionais do sistema de serviços. (PINHEIRO; MATTOS, 2001; 2003; PAIM, 2003b).

O processo de construção da Integralidade na dupla perspectiva (sistema e práticas) enfrenta hoje, no âmbito do SUS, um conjunto de desafios que podem ser classificados de "estruturais" e "conjunturais". Do ponto de vista "estrutural", o principal problema deriva da dinâmica de reprodução do "modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista" que envolve determinações econômicas e políticas que se cristalizam nas relações estabelecidas entre o Estado, as empresas multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos e empresariado nacional e multinacional da área da saúde. A transformação dessa estrutura exige a acumulação de fatos e processos que venham a condicionar uma nova dinâmica de reprodução, a qual tem como ponto de partida o fortalecimento do papel de regulação exercido pelo Estado, na medida em que este se responsabilize pela implementação de um projeto de mudança da lógica de organização e funcionamento do sistema que subverta as pressões mercadológicas em nome dos interesses sociais (e epidemiológicos) da população.

Do ponto de vista "conjuntural", é possível se pensar que a implementação de uma política voltada à expansão e qualificação da atenção básica, como é o caso da proposta atual do MS, produza fatos (objetivos) e percepções (subjetivas) que contribuam para uma mudança na prática e na concepção dos sujeitos envolvidos na prestação e consumo de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a flexibilização e o aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família pode ser um elemento fundamental para a adequação das respostas oferecidas pelo SUS aos problemas e necessidades de saúde da população. Com

isso, pode vir a contribuir para a legitimação do projeto de reforma das práticas de saúde tendo como diretrizes não somente a universalização da atenção básica senão que a integralidade das ações e serviços, o que exige a construção de alianças estratégicas entre os gestores do SUS interessados nesse processo, os profissionais de saúde e a população usuária.

Por flexibilização e aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família entendo o desencadeamento de um processo que tenha como pressuposto a necessidade de redefinição da organização dos serviços e do conteúdo das práticas de saúde a partir da situação concreta de cada local, seja um distrito, um município ou uma microregião de saúde, levando em conta a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde em cada região e estado. Com isso, é possível admitir que não deve se estabelecer um "modelo padrão" a ser reproduzido em todos os locais, senão que, como já vem ocorrendo, deve se buscar adaptar a organização das unidades de saúde e a configuração do perfil de oferta das ações e serviços às diversas realidades regionais, estaduais, municipais e locais, constituindo-se, na prática, variantes do modelo de "atenção integral" tomado como "imagem-objetivo" ou referência padrão. (TEIXEIRA, 2000, 2003a).

Nessa perspectiva é que venho tentando problematizar a proposta de expansão da estratégia de Saúde da Família aos municípios de mais de 100 mil habitantes, objeto do PROESF (MS, 2003), chamando a atenção para que nos grandes centros, a Saúde da Família passa a competir, de fato, com o modelo médico-assistencial hegemônico, enfrentando a resistência de vários atores implicados na reprodução desse modelo, inclusive os profissionais de saúde e a própria população usuária, habi-

tuada a consumir serviços especializados, mesmo ao nível da atenção básica (TEIXEIRA, 2003b).

Para "fazer a diferença" nesse contexto, a Saúde da Família deve, ao meu ver, tratar de superar o processo de medicalização, o que pressupõe assimilar a oferta de serviços médicos especializados e promover um redirecionamento da atenção especificamente na dimensão relacional do cuidado, através da incorporação de uma ética voltada ao "acolhimento" e estabelecimento de vínculos, de responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito ao encaminhamento do processo de produção-consumo de serviços (MERHRY, 1994;1998), um pouco na linha do que tem sido trabalhado sob a égide da "humanização" do atendimento. Desse modo é possível avançar na constituição de novos sujeitos das práticas de saúde, não apenas os profissionais imbuídos dessa lógica, senão que a própria população assistida, em um processo de "empowerment" que introduza as questões da promoção da saúde, transversalmente, no campo da saúde coletiva e no seio da própria prática médica.

Ao lado disso, é necessário se avançar com o desenvolvimento do diálogo entre a Saúde da Família e as práticas de vigilância da saúde que, como referimos anteriormente, são ainda as mais incipientes e desarticuladas na assistência no nível local e municipal de atenção. Nesse caso, o grande desafio reside na requalificação profissional das equipes com a introdução de conhecimentos e técnicas que subsidiem a formação de competências voltadas à análise permanente da situação de saúde e à execução de práticas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica que tomem por objeto determinantes, riscos

e agravos priorizados nos diversos grupos da população coberta nas diversas áreas de abrangência do programa.

Cabe registrar, nesse particular, que as práticas de vigilância em saúde – ambiental, sanitária e epidemiológica – têm sido o espaço de incorporação de profissionais de diversas categorias, como engenheiros, médicos veterinários, farmacêuticos e outros da área de saúde que se "afastam" do modelo médico hegemônico e se "aproximam" do campo da saúde coletiva. A equipe de Saúde da Família, em sua composição atual, não contempla a incorporação desses profissionais, porém pode vir a ser ampliada futuramente com a inclusão de profissionais graduados em Saúde Coletiva, proposta atualmente em discussão em algumas universidades. De todo modo, o processo em curso de capacitação de agentes locais de Vigilância da Saúde, objeto do PROFORMAR, pode vir a suprir, no curto e médio prazo, a necessidade de ampliação e diversificação do perfil das equipes de saúde ao nível local.

O importante é que se busque formas de incluir, na concepção e na prática das equipes, a noção de "risco", atual e potencial, de modo que os profissionais de saúde possam trabalhar não apenas com a intervenção sobre agravos à saúde, senão que tomem como objeto de trabalho os riscos sanitários presentes nos "modos de vida"- condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos (COSTA; TEIXEIRA, 2003). Além disso, que incorporem em sua racionalidade técnica a perspectiva de atuar sobre determinantes das condições de saúde, o que implica envolver a população na identificação, explicação e compreensão dos seus problemas e necessidades de saúde, de modo a subsidiar práticas políticas,

sociais e culturais que tenham como objetivo a superação desses problemas e o atendimento dessas necessidades.

Esse é um dos desafios do processo de educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde, a ser enfrentado pelos Pólos que vem sendo organizados, pelas instituições de ensino-pesquisa, pelos gestores do SUS e pelas organizações não governamentais envolvidas com a promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida da população.

Comentários finais

A reflexão sobe o caminho percorrido nos últimos 15 anos no que diz respeito à construção do SUS nos faz crer que, apesar das dificuldades, o Brasil tem hoje, a oportunidade histórica de avançar na efetivação de uma política de saúde e na organização de um sistema público de serviços de saúde que represente de fato, uma inovação do ponto de vista do modelo de atenção, ou seja, do ponto de vista da direcionalidade do processo de mudança no conteúdo das práticas de saúde.

Talvez até por conta das imensas desigualdades econômico-sociais e das características da situação de saúde da população, marcada pela combinação de problemas e necessidades que demandam a adoção de políticas e estratégias diversificadas, a inclusão na agenda da saúde de princípios como a universalização e a integralidade da atenção tem provocado estudiosos, políticos, gestores e profissionais de saúde a buscarem alternativas consistentes, fundadas epistemologicamente no que há de mais avançado na reflexão crítica na área, ao tempo em que lutam pela implementação de estratégias e práticas coerentes com as

limitações estruturais e conjunturais do sistema público de serviços de saúde.

Dessa maneira, a expansão e qualificação da atenção básica, através da flexibilização e aperfeiçoamento da Saúde da Família, à luz do debate atual e da experiência internacional e nacional acumulada na área de saúde pública/coletiva, representa a possibilidade histórica de superação do "modelo médico-assistencial curativo e hospitalocêntrico", desde quando se invista na requalificação do processo de trabalho em saúde em todos os níveis do sistema.

Para isso, enfatizamos, particularmente, a formulação de políticas (TEIXEIRA, 2003b) que contribuam para que o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde contemple cada vez mais a busca de respostas às lacunas do conhecimento e ao desenvolvimento de tecnologias adequadas e pertinentes ao enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades prioritárias de saúde da população, ao tempo em que se avança na consolidação de políticas e práticas de promoção e vigilância, que envolvam, cada vez mais, a população como protagonista da proteção, preservação e cuidado à sua saúde individual e coletiva.

Notas

[1] Conta-se atualmente com 18.815 equipes de PSF atuando em 4.455 municípios; 183.815 ACS atuando em 5.138 municípios. A cobertura atual é de 62 milhões de pessoas. Ver Solla, 2003.

Referências

AKERMAN, M. *et al.* A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência realizada em Campinas-SP. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p. 83-99, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. Promoção da saúde e prática médica. Proferidas no Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, área de concentração Gestão de sistemas de saúde, maio de 2002 (anotações da autora).

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 97-115.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, São Paulo, 1975.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI Fº, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.117-139.

AYRES. J. R. C. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, suplemento 1, p. 28-42, 2002.

BARRETO, M. L. Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: histórico, fundamentos e perspectivas. Conferência de abertura. V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba-PR, 24-27 de março de 2002. 30 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. O programa de saúde da família e a reorientação do modelo assistencial. Exposição realizada no Seminário 25 anos de Alma-Ata, Brasília, dezembro de 2003 (anotações da autora).

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CASTELLANOS, P. L.(coord.) Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud segun condiciones de vida y del impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. *Proyecto. OPS/OMS*, 199lb. 52 p.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. *In:* BARATA, R. (org.) *Condições de vida e situação de saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 31-75.

CASTIEL, L D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.79-95.

COSTA, E., TEIXEIRA, C. F. *Vigilância(s) em saúde;* conceitos e práticas*.* Salvador, Bahia: ISC-UFBA, 2003. 24 p.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis:* uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999. 103 p.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 141-159.

JUNQUEIRA, L.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade.* v. 6, n.2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n.2, p.11-22, 1998.

KEINERT, T.M.M. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades saudáveis". *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p.55-64, 1997.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. Editora McGraw–Hill do Brasil Ltda, 1987. 744 p.

MATUS, C. *Política, planificação e governo*, 2.ed., Brasília: IPEA, 1993, 2v., p. 297 -554.

MALIK, A M. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p.19-30, 1997.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS.* Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001. v.2, 167 p.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In:* CECÍLIO, L. (org.) *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 117-160.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) *Agir em Saúde:* um desafio para o público. São Paulo/ Buenos Aires: HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, 1997. 385p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família:* uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed., Brasília, 1998. 36 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional da assistência à saúde. NOAS. SUS 01/02. Brasília, D. F. março de 2002. 75 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *Relatório de gestão.* Brasília, dezembro de 2002. 235 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A produção sobre Saúde da Família. Trabalhos apresentados no *VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva* - Brasília: ABRASCO, 2003. 193 p.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In:* ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994b. p. 455-466.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p. 557-567, 2003.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde.* 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567- 586.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 161-174.

RADIS (TEMAS) Cidades saudáveis. *Radis,* n.19, Fiocruz, 2000.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO, 2001. 178 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO, 2003. 226 p.

RIBEIRO, R. C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade: a experiência de Fortaleza. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p.47-54, 1997.

SCHRAIBER, L. (org.) *Programação em saúde hoje.* São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1990. 226 p.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto:* programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 1996. 286 p.

SILVA, A. P. A prática de saúde do programa de saúde da família: mudança ou conservação? (Dissertação de Mestrado) ISC-UFBA, Salvador, Bahia, 2002.

SOLLA, J. P. Os cuidados primários de saúde e o equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia em saúde. Exposição realizada no Seminário 25 anos de Alma-Ata. Brasília, dezembro de 2003 (anotações da autora).

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida, *Revista de Administração Pública.* São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v.34, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Caderno da 11ª. Conferência Nacional de Saúde.* Brasília, DF, dez. de 2000. p. 261-281.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: CEBES, n. 65, 2003 (no prelo).

TEIXEIRA, C.F. *Formulação de políticas de atenção integral à saúde de grupos populacionais específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde:* bases conceituais e proposta metodológica. Consultoria DAPE/MS, novembro de 2003b. 51 p.

TEIXEIRA, C. F. *Análise das propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde com relação à organização do modelo de atenção à saúde no SUS.* Consultoria DAPE/MS, fevereiro de 2004. 29 p.

TEIXEIRA, C. F. *Análise dos trabalhos dos alunos do curso de especialização em saúde da família*. Bahia. 2004. 17 p.

VIANA, A.L. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.32, n.12, p.23-33, 1998.

WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p.9-18, 1997.

ZAMUDIO, M. G. Teoria y guia práctica para la promoción de la salud. Centro de Investigaciones y Estudios de la salud - CIES, Manágua, Nicarágua. Unité de santé internationale USI. Université de Montreal, Québec, Canada, 1998. 189 p.

Promoção da saúde e SUS:
um diálogo pertinente

Carmen Fontes Teixeira

Introdução

O debate sobre *Promoção da Saúde* (BUSS, 2000) insere-se no contexto internacional de busca de alternativas à crise dos sistemas de serviços de saúde, cujas raízes encontram-se parcialmente estruturadas na reprodução de concepções e práticas cada vez mais insuficientes e inadequadas face às mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais das sociedades contemporâneas.

No Brasil, a difusão do movimento da *Promoção da Saúde* vem ocorrendo em um contexto marcado pela implementação das propostas oriundas do movimento da Reforma Sanitária, especialmente o processo de construção do SUS, pontuado, nas distintas conjunturas que se configuraram nos últimos 15 anos, pela formulação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e serviços de saúde, em vários níveis de governo.

Na atual conjuntura, o debate em torno da Promoção da Saúde pode adquirir um significado estratégico, na medida em que se constitua como um dos referenciais que ajudem a se retomar e atualizar o conjunto de propostas do projeto de Reforma Sanitária, cujo escopo ultrapassa o processo de construção do SUS. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é discutir as implicações da incorporação do debate sobre a Promoção da Saúde na "agenda do SUS", isto é, na agenda dos dirigentes responsáveis pela condução do processo político em saúde, tanto no âmbito federal, quanto no âmbito estadual e municipal, enfatizando a análise de alguns dos possíveis desdobramentos desse processo na formulação de políticas, no planejamento de ações intersetoriais e na reorganização das práticas de saúde.

Promoção da saúde e SUS

A noção de "promoção da saúde", desde que foi concebida por Henry Sigerist como uma das tarefas da medicina, vem apresentando uma certa evolução conceitual, marcada pelo avanço da reflexão em torno do conceito de "saúde", e da diversificação de propostas de políticas e práticas que contemplem a "promoção" desta. No pós-guerra, com o surgimento da Medicina Preventiva, a noção de promoção da saúde foi incorporada ao modelo da História Natural das Doenças, sendo entendida como um conjunto de atividades desenvolvidas ao "nível de prevenção primária" (LEAVELL; CLARCK, 1987). Já nos anos 70, com o Relatório Lalonde (Canadá, 1974) o significado atribuído a esta noção passou a enfatizar as mudanças propostas nas ações sobre os estilos de vidas dos diversos grupos populacionais, em função dos riscos a que se expõem em função de suas escolhas comportamentais.

Apresentada na Conferência de Ottawa (1986) como um "enfoque" político e técnico para a compreensão e intervenção sobre o processo saúde-doença-cuidado, a Promoção da Saúde foi se enriquecendo, nas sucessivas conferências realizadas nas duas últimas décadas, em Adelaide (Austrália), Sundsvall (Suécia), Bogotá (Colômbia), Jacarta (Indonésia) e México, cujas propostas enfatizaram a idéia de cidades saudáveis, a possibilidade de formulação de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida (FERRAZ, 1998; BUSS, 2000).

Desse modo, a concepção atual de Promoção da Saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria) referindo-se a uma "combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de "responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos" (BUSS, 2003, p.16).

No contexto brasileiro dos anos 90, paralelamente à ênfase atribuída, no processo de construção do SUS à Municipalização das ações e serviços de saúde, a difusão das propostas do movimento pela Promoção da Saúde tem estimulado a criação de "cidades saudáveis", que atualmente constituem uma rede de cidades espalhadas nas várias regiões do país (AKERMAN, 1997; JUNQUEIRA, 1997, 1998; RIBEIRO, 1997).

A noção de "cidades saudáveis" implica uma visão ampliada da gestão governamental, incluindo a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações "comunitárias" no

planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos relacionados a fatores econômicos, sociais e culturais (WESTPHAL, 1997; MALIK, 1997, KEINERT, 1997; FERRAZ, 1999; ZAMUDIO, 1998; RADIS, 2000).

A adoção desse referencial à gestão municipal, sem dúvida, tem contribuído para a formulação e execução das chamadas "políticas públicas saudáveis", de caráter intersetorial, e a ampliação do leque de ações sociais voltados ao atendimento de necessidades de saúde da população, gerando experiências inovadoras no enfrentamento de problemas cujos determinantes extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 1998; 2000; NORONHA *et al*, 2000).

Nessa perspectiva, a adoção da proposta de criação de "cidades saudáveis" pode ser entendida como uma importante inovação conceitual e organizacional no âmbito da administração municipal, apontando para a necessária superação da fragmentação de objetos e práticas de intervenção, tão bem denunciada por Matus (1996) quando comenta que "o governo tem setores [...] mas a realidade tem problemas", chamando a atenção para a necessidade de uma mudança radical no modo de governar situações complexas, como as que são enfrentadas no cotidiano das cidades hoje.

Além disso, muitas das idéias que constituem o corpo doutrinário da Promoção da Saúde foram incorporadas ao processo de formulação de políticas e programas de saúde, como é o caso do Programa de Controle do Tabagismo e do Programa de Controle da AIDS, do Programa de Controle da Hiperten-

são e Diabetes, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Programa de Saúde da Família – PSF e outros, bem como no debate acerca da estruturação do sistema de vigilância da saúde no SUS, quer na área de Vigilância epidemiológica, quer na área de Vigilância ambiental, estruturada no MS ao final dos anos 90.

Com isso, as propostas contempladas no ideário da Promoção da Saúde vêm, de certo modo, "fertilizando" o debate acerca da mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, contribuindo no processo de elaboração conceitual e metodológica de construção da Vigilância da Saúde, rótulo que recobre a preocupação com a busca da integralidade das ações e serviços de saúde, isto é, com a implantação de um modelo que contemple a articulação de um conjunto heterogêneo de práticas voltadas ao controle dos determinantes, dos riscos e dos danos à saúde individual e coletiva (PAIM, 1994; TEIXEIRA *et al*. 1998; TEIXEIRA, 2000; 2002; PAIM, 2003)

No momento atual, esse processo "antropofágico", de incorporação e "refuncionalização" das propostas originárias de outros países, que geram movimentos ideológicos com repercussão internacional, como é o caso da Promoção da Saúde, vem se apresentando, no Brasil, especificamente no âmbito do SUS, de forma semelhante ao que aconteceu com outros movimentos ideológicos, a exemplo da Medicina Preventiva, Comunitária, Familiar e outros.

Parafraseando Arouca (1975), em sua análise das vertentes do discurso preventivista, o debate atual sobre a Promoção da Saúde nos permite distinguir os "apologéticos", os "tecnocráticos" e os "críticos". Os primeiros defendem a Promoção da Saúde, confiantes no potencial transformador das suas propostas, seja

em termos da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, seja pela amplitude das intervenções sobre estes determinantes; os segundos, tratam de incorporar, pragmaticamente, as propostas contidas no ideário da Promoção, no discurso e na prática dos programas e projetos que vem sendo elaborados e implementados em várias áreas; e os terceiros tentam distanciar-se criticamente da Promoção, quer seja apontando seu caráter normativo, o que induz a uma certa "precaução" diante da possibilidade de incorporar suas propostas à prática, quer seja apontando suas limitações conceituais, em um esforço de apontar caminhos para uma eventual superação desses limites.

Fugiria aos limites desse trabalho o aprofundamento da análise de cada uma desses "vertentes do discurso promocional", sendo mais relevante, nesse momento, a meu ver, destacar a importância de se avançar na análise crítica dos fundamentos conceituais e metodológicos da Promoção da Saúde, ao mesmo tempo em que se busque implementar suas propostas, tanto ao nível da formulação e operacionalização de políticas governamentais quanto na reorientação das práticas de saúde tendo em vista a construção da integralidade da atenção.

Do ponto de vista da reflexão teórico-epistemológica, é inegável que o debate em torno da Promoção da Saúde tem aberto espaço à reflexão sobre o conceito de saúde (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003), e a problematização das diferenças e semelhanças entre as estratégias de prevenção e promoção (CZERESNIA, 2003), estimulando epidemiólogos e cientistas sociais que atuam no campo da Saúde Pública/Coletiva, a aprofundarem a discussão em torno do conceito de risco (CAPONI, 2003), vulnerabilidade (AYRES *et al*, 2003) e suas implicações para as práticas de saúde no mundo contemporâ-

neo (CASTIEL, 2003), o que tem como um dos desdobramentos, inclusive, a atualização da reflexão sobre a proposta de Vigilância da Saúde (FREITAS, 2003; PAIM, 2003b).

Pelo exposto anteriormente, pode-se constatar que assumimos o pressuposto de que é pertinente que se mantenha e desenvolva o "diálogo" que já vem sendo estabelecido entre a experiência internacional fomentada pela difusão das propostas incluídas no movimento pela Promoção da Saúde e a experiência brasileira de construção do SUS, tendo em vista, especificamente, o enriquecimento do processo de formulação de políticas de saúde, a institucionalização do planejamento de ações intersetoriais nos três níveis de governo e a transformação do modelo de atenção à saúde de modo a contemplar a integralidade, efetividade e qualidade das ações e serviços.

Promoção da saúde e formulação de políticas públicas

A inclusão das propostas oriundas do movimento pela Promoção da Saúde na agenda dos gestores não é propriamente uma novidade no cenário governamental na área de Saúde. Como referimos anteriormente, vários municípios já trabalham nessa perspectiva e o próprio CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, elegeu o debate acerca desse tema como uma das prioridades da atual gestão. O Ministério da Saúde, criou, em 1998, um projeto de Promoção da Saúde sob responsabilidade da então Secretaria de Políticas de Saúde (MS, 2002), o qual foi responsável pelo estímulo e difusão de um conjunto de experiências inovadoras

no âmbito do SUS, através, especialmente, da publicação de uma revista específica sobre o tema.

No momento atual, o debate sobre a incorporação da Promoção da Saúde na "agenda do SUS" vem sendo conduzido pela Secretaria Executiva do MS, órgão responsável pela articulação de iniciativas um tanto dispersas na instituição, quer no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, particularmente o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, quer no âmbito da Secretaria de Vigilância da Saúde, particularmente a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental, a Secretaria de Gestão Participativa, especialmente o Departamento responsável pelas ações de Educação Popular em saúde e a Secretaria de Ciência e Tecnologia, que através do DECIT incluiu a questão da Promoção da Saúde na Agenda de Prioridades de Pesquisa na área.

O aspecto mais relevante em todo esse esforço de coordenação intrainstitucional diz respeito, ao meu ver, à consolidação de um consenso mínimo em torno de um referencial que resgate a concepção ampliada de saúde, adotada nos primórdios do movimento pela Reforma Sanitária, incorporada ao arcabouço jurídico do SUS, porém ainda não concretizada plenamente no processo de formulação e gestão de políticas. Cabe enfatizar, portanto, que o debate em torno da Promoção da Saúde pode vir a se constituir em um espaço de diálogo produtivo entre os diversos órgãos do MS, destes com a comunidade científica na área de saúde e, principalmente, do MS com os demais órgãos do governo federal, estadual e municipal.

No que se refere ao debate interno ao MS cabe enfatizar a possibilidade e a necessidade de se desencadear um processo de "aprendizagem institucional" (RIVERA, 2001) que contribua para a consolidação de sua capacidade de governar situações complexas como aquelas implicadas na problemática atual

de saúde da população nas várias regiões e no país como um todo. Nesse sentido, o diálogo com a comunidade científica pode vir a reunir especialistas das diversas áreas de Saúde, especialmente epidemiologistas, planejadores e cientistas sociais que possam pensar os desafios atuais e futuros em termos da situação de saúde da população e suas tendências, de modo a subsidiar o processo de decisão em torno das políticas e prioridades a serem adotadas.

Cabe ressaltar que, com o avanço extraordinário que ocorreu na produção científica e intelectual no campo da Saúde Coletiva nos últimos 15 anos, já se dispõe de um acervo de conhecimentos que permitem o aprofundamento da reflexão em torno dos problemas atuais de saúde da população brasileira e seus determinantes, das características da nossa "transição epidemiológica", da configuração de diversos "mapas de risco", conhecimentos que se constituem em ponto de partida para a construção de cenários em função dos quais podem ser formuladas políticas e definidas prioridades de atuação, quer em uma perspectiva intersetorial, quer no âmbito específico do SUS (BARRETO, 2002; PAIM, 2003c; TEIXEIRA, 2003)

O desenvolvimento desse diálogo pode contribuir para o enriquecimento do debate político entre os órgãos governamentais, nos diversos níveis e a população organizada, através dos seus representantes nos Conselhos de Saúde. A inclusão do debate sobre Promoção da Saúde nas instâncias de gestão participativa do SUS pode deslocar a ênfase que vem sendo dada aos aspectos gerenciais, financeiros e organizacionais da assistência à saúde, o que, não deixa de ser uma forma de reduzir a questão da Saúde ao acesso a serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares, reforçando o processo de

“medicalização” da sociedade contra o qual se insurgiram os defensores históricos do processo de Reforma Sanitária.

Para além dos Conselhos e Conferências, inclusive, cabe pensar em um processo mais amplo de democratização do acesso a informação e conhecimentos na área de saúde, na perspectiva apontada pelo movimento da Promoção da Saúde, ou seja, na perspectiva do “empowerment”, da acumulação de saber e de poder pela população, tendo em vista a constituição de sujeitos e a consolidação do processo que já vem ocorrendo junto a dezenas de organizações não governamentais que atuam em saúde e áreas correlatas.

Nessa perspectiva, caberia eleger alguns temas prioritários, que poderiam servir como eixos no debate de questões sócio-econômicas e culturais, a exemplo do que já vem acontecendo a partir do Programa Nacional de Controle da AIDS, cujas ações introduzem o questionamento de saberes e práticas na esfera da sexualidade. Outros temas que contém esse potencial de problematização do chamado “mal-estar da atualidade” (BIRMAN, 2001), ponto de partida para a mobilização social em torno da melhoria das condições e modos de vida, podem ser a violência, em suas diversas formas, o consumo de drogas (lícitas e ilícitas), o envelhecimento e a diversidade étnica da população brasileira, temas desafiantes para o repensar das políticas de saúde em nosso meio.

Planejamento de ações intersetoriais de promoção da saúde

A incorporação das propostas da Promoção da Saúde à agenda política dos gestores do SUS, além de apontar possíveis mu-

danças no processo de formulação de políticas, especialmente no que diz respeito à redefinição dos objetos (problemas) e à ampliação e diversificação dos sujeitos (atores) coloca um desafio do ponto de vista metodológico para a área de Planejamento & Gestão, qual seja, a necessidade de se avançar no aperfeiçoamento dos métodos e técnicas a serem utilizados no processo de planejamento das ações intersetoriais em vários níveis de governo.

Em uma reflexão desenvolvida a partir de uma experiência de capacitação da equipe multiprofissional responsável pelo planejamento das ações intersetoriais para a promoção da paz e combate à violência no município de Salvador (TEIXEIRA; PAIM, 2000), comentamos que apesar do relativo consenso com relação ao caráter virtuoso da descentralização, da intersetorialidade e da busca de modelos de gestão alternativos (JUNQUEIRA, 1998; SIQUEIRA, 1998) persistem dúvidas quanto às formas mais adequadas de planejar, organizar, conduzir, gerir e avaliar tais intervenções (VIANA, 1998). Nesse particular, há divergências quanto a ênfase e à precedência de reformas administrativas para compor novos arranjos organizacionais e institucionais, além de perplexidades em relação às práticas políticas necessárias a uma redistribuição do poder e à reorganização dos processos de trabalho (PAIM, 1992; INOJOSA, 1998; SUCUPIRA, 1998) visando formular e implementar políticas e assegurar efetividade à ação intersetorial. O "loteamento" de cargos do governo entre diferentes tendências e grupos políticos (INOJOSA, 1998), o aprisionamento da política pelos interesses das elites locais, o burocratismo, o corporativismo e os limites impostos pela atual política econômica (VIANA, 1998), representam constrangimentos que devem ser considerados no desenho estratégico.

Nesse sentido, consideramos que um dos desafios colocados por esse processo diz respeito ao planejamento, organização e gerenciamento da ação intersetorial, isto é, da conjugação dos esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, entre outros, visando a racionalização dos recursos existentes e a transformação das atividades desenvolvidas tendo em vista maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais. Alguns autores (SUÁREZ, 1992; JUNQUEIRA, 1998; INOJOSA, 1998) recomendam partir dos problemas da população de um dado território e buscar as soluções articulando distintas políticas e setores. Assim, "as ações intersetoriais dos serviços urbanos exigem um planejamento que garanta a integração dos objetivos e que esteja em constante processo de aprendizagem, voltado à realidade altamente dinâmica e mutante de nossa sociedade" (SIQUEIRA, 1998, p.105).

Com efeito, a operacionalização de propostas inovadoras como é o caso das ações intersetoriais, exige o desenvolvimento de um processo de planejamento e programação que se constitua em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas. A escolha por um determinado enfoque teórico-metodológico a ser utilizado no processo de formulação de políticas públicas e de planejamento de ações intersetoriais deve levar em conta, portanto, a necessidade de coerência entre os propósitos definidos e os métodos selecionados (TESTA, 1992), de modo a permitir o desencadeamento de um processo de reorganização das práticas gerenciais, dos formatos organizacionais, e sobretudo, dos processos de trabalho no âmbito das instituições envolvidas (PAIM, 1993; SCHRAIBER, 1995; SCHRAIBER *et al*, 1999). Nessa perspectiva, consideramos

pertinente discutir a utilidade do enfoque situacional (MATUS, 1993; 1997) para o planejamento e gestão de planos, programas e projetos de ação intersetorial (SUÁREZ, 1993), particularmente no âmbito municipal e local.

Os principais argumentos a favor desta opção derivam de características intrínsecas à concepção teórico-metodológica que fundamenta este enfoque, quais sejam, a compreensão do **objeto** do planejamento como sendo constituído por problemas e oportunidades reais de intervenção, a concepção do **processo** de planejamento como sendo constituído de "momentos" que se interpenetram, a proposta de "modularização" do **produto** do planejamento e a "teoria de governo" embutida no enfoque que aponta em direção a uma ampliação da esfera pública, através da democratização das **relações** e uma intensificação da ação comunicativa entre gestores, técnicos e usuários dos serviços (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

A incorporação do "enfoque por problema", isto é, a identificação e seleção de problemas que podem ser analisados de distintos ângulos, como é o caso dos problemas de saúde, contribuindo para a identificação e articulação das ações a serem realizadas por cada instituição envolvida no seu enfrentamento e solução. A base teórico-metodológica dessa concepção reside no "fluxograma situacional" (MATUS, 1993), instrumento de análise que permite uma abordagem multireferencial aos problemas de saúde, particularmente aqueles cuja determinação transborda o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde, como é o caso dos problemas mencionados anteriormente. O desenvolvimento de processos de análise desse tipo de problema tanto possibilita o estabelecimento de um diálogo entre os sujeitos envolvidos quanto permite a identificação da contribuição que cada instituição ou "setor" pode vir a aportar na

intervenção sobre seus determinantes e condicionantes (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

No que diz respeito ao processo de planejamento, cabe ressaltar que a compreensão dos diversos momentos que o constituem – o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional – desafia o tempo cronológico e remete à **pluralidade de tempos** (técnico e político) e simultaneamente à **pluralidade de dimensões** do(s) sujeito(s) que planeja(m) e se conecta com a **pluralidade de instituições** que compõem os vários "setores" da ação governamental envolvidos em um esforço de planejamento intersetorial.

A noção de "momento" se articula dinamicamente com a proposta de organização do plano como uma estrutura "modular", que permite a definição de objetivos e o desenvolvimento de atividades e tarefas que podem estar situadas em tempos distintos do processo de intervenção sobre os problemas, ao tempo em que contempla a integração de sujeitos institucionais distintos, flexibilizando, na prática, estruturas organizativas burocráticas. Finalmente, uma consequência possível da incorporação do enfoque situacional, é a abertura de espaços de diálogos e negociação coletiva em torno do redirecionamento do uso dos recursos públicos e do incremento da participação social, fundamentada na co-responsabilização pela promoção do bem-estar coletivo.

A institucionalização da prática de planejamento e programação de ações intersetoriais de Promoção da saúde, quer ao nível federal, quer ao nível estadual, municipal e local pode se beneficiar desse debate, o que reforça a necessidade do diálogo entre gestores e pesquisadores da área, bem como a necessidade de se investir em processos de capacitação e educação

permanente de dirigentes e técnicos, não só das instituições de saúde, senão que de instituições envolvidas na elaboração e execução de projetos que contemplem a organização de ações intersetoriais, tomando-se, como apontado anteriormente, como objeto, a problemática da violência, o controle do uso de álcool e drogas, e outras questões cuja natureza extrapola o espaço de governabilidade do sistema de saúde.

Este nos parece um dos grandes desafios colocados atualmente aos Pólos de Educação Permanente em Saúde que estão sendo organizados nos diversos estados, na medida em que venham a assumir a responsabilidade por expandir e aperfeiçoar os esforços realizados na área de Capacitação gerencial para o SUS. Especificamente no que diz respeito à capacitação em Planejamento & Gestão cabe ressaltar a necessidade de que as diversas modalidades de capacitação incorporem, além das questões metodológicas que enfatizamos acima, as questões e tendências do debate atual na área, particularmente a análise dos aspectos políticos envolvidos no exercício da liderança e na capacidade de governo em situações de poder compartilhado (MATUS, 1996; 1997; RIVERA; ARTMANN, 1999) e o debate em torno das propostas derivadas da corrente de pensamento denominada "organizações que aprendem" (RIVERA, 2001; 2003).

Promoção da saúde e mudança do modelo de atenção

O debate em torno das estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, além de tomar como referência os princípios da universalidade, integralidade e equida-

de, tem contemplado, em alguma medida, a preocupação com a necessária adaptação dessas estratégias à heterogeneidade estrutural que caracteriza a situação de saúde da população, especialmente as desigualdades sociais e epidemiológicas que se observam nas diversas regiões do país.

Desse modo, se por um lado identificamos o esforço que tem sido feito para se definir normas e diretrizes e se elaborar propostas, programas e projetos que contemplem a reorganização das ações e serviços no conjunto do sistema, como vem sendo o caso das Normas Operacionais do SUS e dos programas "especiais", notadamente os programas de Saúde da Família, por outro percebemos cada vez mais a necessidade de se flexibilizar e aperfeiçoar tais normas e estratégias em função da diversidade de situações enfrentadas no cotidiano da gestão do SUS.

Do ponto de vista teórico-conceitual e normativo, temos enfatizado que o processo de mudança do modelo de atenção na perspectiva da integralidade do cuidado exige a "introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais das práticas de saúde", inovações essas que podem incidir tanto no **conteúdo** das práticas, de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na **forma de organização** do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) e também na **forma de organização** das unidades em redes assistenciais que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos e, ao mesmo tempo busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população (TEIXEIRA, 2003).

O debate em torno da Promoção da Saúde subsidia, principalmente, a incorporação de propostas que dizem respeito à mudança no conteúdo das práticas de saúde, contribuindo para a redefinição dos objetos das práticas, e dos meios de trabalho empregados no desenvolvimento de ações em vários níveis organizacionais. Trata-se, portanto, de incluir no leque de ações realizadas pelo sistema de saúde, ações de educação, comunicação e mobilização social voltadas ao "empoderamento" de indivíduos e grupos de modo a que possam vir a desenvolver práticas que resultem na promoção, proteção e defesa de suas condições de vida e saúde. Estas ações podem se concretizar enquanto processos mais amplos dirigidos à formulação e implementação de políticas, ao nível municipal, estadual ou nacional, ou restringir-se a práticas localizadas em função da natureza dos problemas ou das características dos sujeitos que decidam empreendê-las.

O que importa ressaltar, entretanto, é que a adoção da perspectiva da Promoção da Saúde pode ser articulada a outras práticas, como é o caso das práticas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, voltadas ao controle de riscos específicos, bem como às ações de assistência individual, seja ao nível ambulatorial, hospitalar, laboratorial e farmacêutica. Mais do que um "momento" de um processo de construção da integralidade do cuidado, como sugerido, por exemplo, no diagrama da Vigilância da Saúde (PAIM, 1994) adotado como um dos referenciais no debate atual sobre a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS (TEIXEIRA *et al,* 1998; TEIXEIRA, 2000; 2002; 2003), as ações de Promoção da Saúde podem ser entendidas como "transversais" ao modelo de atenção, podendo (e devendo) ser desenvolvidas em qualquer "momento" e em qualquer nível organizacional do sistema.

Assim é que, se para a reorganização das relações entre as unidades de saúde tem se discutido a importância da regionalização e hierarquização dos serviços, contemplando a adoção de uma base territorial, o desenvolvimento do planejamento e da programação local e o estabelecimento de uma gestão participativa, do ponto de vista da organização das práticas de saúde, a incorporação das propostas da Promoção da Saúde pode contribuir para a redefinição das características atuais da oferta de serviços, principalmente ao nível da Atenção Básica, objeto das atuais políticas dirigidas à "ampliação e qualificação", ou seja, aos esforços relativos à expansão, melhoria da qualidade e ampliação do leque de serviços oferecidos à população.

Nesse sentido, cabe destacar a importância de se articular o debate sobre a Promoção com a elaboração de propostas de aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família, especialmente levando em conta que, no momento atual, se propõe a consolidação do trabalho das equipes nos pequenos e médios municípios e o avanço do PSF para os grandes municípios das regiões metropolitanas.

Considerando as limitações da estratégia de Saúde da Família para dar conta do processo de mudança do modelo em toda a sua magnitude (TEIXEIRA, 2003), uma das quais é exatamente o escasso desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde, é importante que, no processo de educação permanente das equipes do programa e na capacitação das novas equipes sejam incorporadas conteúdos e metodologias que subsidiem a adoção dessas práticas.

Alguns eixos temáticos poderiam, inclusive, ser adotados, levando-se em conta as tendências atuais do desenvolvimento científico e tecnológico na área de Saúde Coletiva, especialmente no que se refere à identificação e análise de questões "emergentes", anteriormente referidas, quais sejam, a Violên-

cia, Sexualidade e Abuso de Drogas, bem como os temas "recorrentes" devido às características da situação de saúde da população, como é o caso da problemática estrutural relativa às desigualdades sociais e alguns temas específicos como, por exemplo, a necessidade de se repensar as estratégias e práticas de prevenção e controle de doenças e agravos face às transformações nos modos de vida dos diversos grupos sociais.

Nessa perspectiva, cabe destacar a possibilidade de que a incorporação das propostas de Promoção da Saúde aos processos de formação e capacitação, e principalmente, os esforços de implementação de ações dessa natureza no âmbito dos serviços, possam contribuir para a o debate e consolidação de valores e práticas culturais vinculadas à proteção e defesa da saúde individual e coletiva não só entre os profissionais e trabalhadores de saúde, mas sobretudo na população em geral, como parte de um processo de construção de uma "cultura sanitária" fundada no respeito à vida, na defesa e proteção do ambiente, na solidariedade nas relações sociais e no cuidado de si e do Outro.

Considerações finais

A análise crítica, a elaboração conceitual e metodológica e a incorporação de propostas oriundas do movimento da Promoção da Saúde ao processo de formulação de políticas e de mudança na organização e conteúdo das práticas de saúde no âmbito do SUS, traz consigo uma grande possibilidade de resgate dos ideais da Reforma Sanitária ao tempo em que aponta a possibilidade de uma atualização e renovação das suas propostas originais.

O resgate a que nos referimos diz respeito a dois aspectos essenciais do movimento pela Reforma Sanitária, quais sejam:

a) a proposta de superação do processo de "medicalização da sociedade", que orientava a busca de alternativas, em termos de práticas de saúde, que privilegiassem a proteção, a preservação e a defesa das condições sociais compatíveis com a qualidade de vida e saúde dos indivíduos e grupos; b) o interesse em envolver a própria população como participante ativo no processo de reforma, quer através dos representantes de suas organizações as instâncias decisórias do sistema de saúde, quer através da construção de uma "cultura sanitária" que estimule a autonomia e a capacidade de pensar e agir coerentemente com a defesa da saúde diante das situações que a vida impõe a cada momento.

A renovação, por sua vez, implica na possibilidade de se desenvolver, no momento atual, um debate acerca das políticas e estratégias de reforma do sistema e das práticas de saúde que leve em conta os avanços científicos e tecnológicos que ocorreram durante os últimos 25 anos na área da Saúde e especialmente na área de Saúde Coletiva. De fato, a diversificação dos problemas e objetos de investigação e intervenção, a multiplicidade de abordagens a estes problemas, fomentada pela busca do estabelecimento de diálogos interdisciplinares e a ampliação do leque de ações possíveis para a promoção, proteção e preservação da saúde individual e coletiva, somadas às questões éticas suscitadas pelo alargamento do campo, demandam uma reflexão abrangente sobre os rumos do processo de reforma, para que este não se limite ao rearranjo do sistema público de serviços de saúde e se torne, efetivamente, um processo de transformação de concepções e de práticas voltadas à construção de "modos (saudáveis) de andar a vida".

Referências

AKERMAN, M. *et al.* A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência realizada em Campinas, SP. *Saúde e Sociedade,* v.6, p. 2, p. 83-99, 1997.

ALMEIDA FILHO, N.; Andrade, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 97-115.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, São Paulo, 1975.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI Fº, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.117-139.

AYRES. J. R. C. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.

BARRETO, M. L. Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: histórico, fundamentos e perspectivas. Conferência de abertura. V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba, PR, 24-27 de março de 2002. 30 p.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.* 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 300 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva,* v.8, n.2, p. 569-584, 2003.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.79-95.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000.* Brasília: Paralelo 15, 1999. 103p.

FREITAS, C. M. A Vigilância da saúde para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 141-159.

INOJOSA, R.M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro, v. 32, n.12, p.35-48, 1998.

JUNQUEIRA, L.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade,* v.6, n.2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro v.32, n.2, p. 11-22, 1998.

KEINERT, T.M.M. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades saudáveis". *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p. 55-64, 1997.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G., *Medicina Preventiva.* Editora McGraw–Hill do Brasil Ltda, 1987. 744 p.

MATUS, C. *Política, planificação e governo*, 2. ed., Brasília: IPEA, 2v., 1993, p. 297 - 554.

MATUS, C. *Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas.* São Paulo: Edições Fundap, 1996. 294 p.

MATUS, C. *Los 3 cinturones del gobierno. Gestión, organización y reforma.* Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997. 262 p.

MATUS, C. O líder sem estado-maior. São Paulo: Edições Fundap, 2000. 206 p.

MALIK, A. M. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p.19-30, 1997.

NORONHA, C.V.; MACHADO, E.; PAIM, J.S.; NUNES, M. Plano Intersetorial e Modular de Ação para a Promoção da Paz e da Qualidade de Vida na Cidade do Salvador. (Projeto em fase de elaboração pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBa) mediante convênio com a Prefeitura Municipal de Salvador). Salvador, Bahia, maio de 2000. 52p. e anexos.

PAIM, J.S. Burocracia y aparato estatal: implicación para la planificación y instrumentación de politicas de salud. *In:* TEIXEIRA, S.F. (org.) *Estado y politicas sociales en America Latina.* Universidad Autonoma Metroplitana. Universidad Xochimilco, 1ª Edición, México, 1992. p.293-311.

PAIM, J, S. *A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários In:* MENDES (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais *In:* ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p.455-466

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567- 586.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.161-174.

RADIS (TEMAS) Cidades saudáveis, *Radis* n.19, Fiocruz, 2000.

RIBEIRO, R.C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade: a experiência de Fortaleza. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p. 47-54, 1997.

RIVERA, J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde; flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.355-365, 1999.

RIVERA, F. U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.209-219, 2001.

RIVERA, J.U. Cultura e liderança comunicativa. *In:* RIVERA. J.U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta.* Editora Fiocruz, 2003. p. 285-218.

SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, n. 47, CEBES, p. 28-35, 1995.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M; SALA,A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E.R.L.; KON,R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, 221-242, 1999.

SIQUEIRA, M. M. Transetoriedade dos serviços urbanos: preâmbulos de discussão. *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro, v. 32, n.12, p.93-107, 1998.

SUÁREZ, J. Contribuicion al marco teorico para el desarrollo de la accion intersectorial en salud. *Educ. Med. Salud*. v.26, n.2, p.225-241, 1992.

SUÁREZ, J. Proposicion de un modelo para el estudio y desarrollo de la accion intersectorial en salud. *Educ. Med. Salud.* v.27, n.1, p.61-81, 1993.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida*, Revista de Administração Pública.* São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 34, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Caderno da 11ª. *Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, DF, 2000b, p. 261- 281.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde.* 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 515-531.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância da saúde. Texto produzido para a II Mostra nacional de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2004. 20 p.

TESTA, M. Tendências em planejamento *In: Pensar em saúde.* Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. p. 89-128 .

VIANA, A.L. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro, v.32, n.12, p.23-33, 1998.

WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade,* v.6, n.2, p.9-18, 1997.

ZAMUDIO, M. G. Teoria y guia práctica para la promoción de la salud. Centro de Investigaciones y Estudios de la salud - CIES, Manágua, Nicarágua. Unité de santé internationale USI. Université de Montreal, Québec, Canada, 1998. 189 p.

Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis:

desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades

Carmen Fontes Teixeira

Introdução

A noção de **Políticas Públicas Saudáveis - PPS** aparece no debate internacional durante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, no mesmo ano em que, no Brasil, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco do processo brasileiro de Reforma Sanitária. A Carta de Ottawa, produto da Conferência Internacional, considera a elaboração e implementação de PPS um dos cinco campos de ação social para a promoção da saúde, ao lado da criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003).

A divulgação das idéias e propostas contidas na Carta de Ottawa subsidiou um amplo movimento que se desdobrou nas

Conferências ulteriores, realizadas em Adelaide, Austrália (1988), Sundsval, Suécia (1991), Jacarta, Indonésia (1997), na América Latina, inicialmente em Bogotá (1992) e posteriormente em México (2000) e Brasil (2002) as quais consolidaram vários dos conceitos estratégicos da proposta de Promoção da Saúde (MS, 2001). O conjunto dessas idéias vem subsidiando a formulação de políticas em vários planos e níveis de governo, em vários países, configurando, entre outros desdobramentos, o movimento em torno da constituição de "cidades saudáveis", estratégia assumida pela OMS, em 1984 para fomentar a reorientação da gestão governamental ao nível local (FERRAZ, 1999).

No Brasil, a difusão das idéias do movimento pela Promoção da Saúde vem ocorrendo em um contexto marcado pela formulação e implementação das propostas oriundas do movimento da Reforma Sanitária, especialmente o processo de construção do SUS, pontuado, nas distintas conjunturas que se configuraram nos últimos 15 anos, pela formulação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e serviços de saúde, em vários níveis de governo. No âmbito desse processo, vem se dando, em algum grau, a incorporação de noções oriundas do debate em torno da criação de ambientes e estilos de vida saudáveis, como ocorreu na concepção do Programa de Combate ao Tabagismo, no Programa de Controle da AIDS, no Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes e também se apresenta no debate em torno da incorporação de ações de promoção da saúde na área de Saúde da Mulher, do Adolescente, do Idoso e outros grupos prioritários.

Além disso, observa-se a incorporação das propostas da Promoção da Saúde no âmbito do Programa de Saúde da Família

bem como no debate acerca da estruturação do sistema de vigilância da saúde no SUS, quer na área de Vigilância epidemiológica, quer na área de Vigilância ambiental, estruturada no MS ao final dos anos 90 (TEIXEIRA, 2003). Especialmente ao nível municipal, a difusão e incorporação da proposta de criação de "cidades saudáveis" tem sido incorporada por várias administrações municipais nos últimos anos (Campinas, Curitiba, Fortaleza, entre outras) (AKERMAN, 1997; JUNQUEIRA, 1997; 1998; RIBEIRO, 1997). Esse processo gerou a acumulação de uma experiência que hoje fundamenta a organização de uma rede de municípios saudáveis em todo o país, iniciativa que conta com o apoio da OPAS e dialoga com um conjunto de entidades, inclusive o CONASEMS (SPERANDIO, 2004).

Em 1998, o Ministério da Saúde elaborou um projeto de Promoção da Saúde sob responsabilidade da então Secretaria de Políticas de Saúde, o qual foi responsável pelo estímulo e difusão de um conjunto de experiências inovadoras no âmbito do SUS, através da publicação de uma revista específica sobre o tema. No momento atual, o debate sobre a incorporação da Promoção da Saúde na "agenda do SUS" vem sendo conduzido pela Secretaria Executiva do MS, órgão responsável pela articulação de iniciativas um tanto dispersas na instituição.

Assim, pretende-se identificar e coordenar ações que vem sendo desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, particularmente o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, na Secretaria de Vigilância da Saúde, particularmente a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental, na Secretaria de Gestão Participativa, especialmente o Departamento responsável pelas ações de Educação Popular em saúde e na Se-

cretaria de Ciência e Tecnologia, que através do DECIT incorporou a promoção da Saúde na Agenda de Prioridades de Pesquisa na área (MS, 2004).

Em recente Seminário promovido pelo MS com a finalidade de discutir o tema e as possibilidades de incorporação e desenvolvimento dessas propostas, defendemos a idéia de que o debate em torno da Promoção da Saúde pode adquirir um significado estratégico, na medida em que se constitua como um dos referenciais que ajudem a se retomar e atualizar o conjunto de propostas do projeto de Reforma Sanitária, cujo escopo ultrapassa o processo de construção do SUS e pressupõe a formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como propósito a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos sociais, de modo a reduzir as desigualdades sociais, promovendo equidade e justiça no acesso às oportunidades de trabalho, melhoria dos níveis de renda e garantia das condições de segurança e acesso a moradia, educação, transporte, lazer e serviços de saúde.

Tanto ao nível nacional, quanto estadual e municipal, a possibilidade de se avançar no enfrentamento desse desafio, exige, além de vontade política por parte dos dirigentes de entidades governamentais e não governamentais, o desenvolvimento de uma visão estratégica capaz de perceber as implicações decorrentes da adoção das idéias e propostas contidas no corpo doutrinário da Promoção da Saúde, especialmente no que se refere à mudança de enfoque no processo de formulação e implementação de políticas e à mudança na organização e no conteúdo das práticas de saúde.

Partindo do pressuposto de que e possível se estabelecer uma leitura crítica e reconstrutiva dessa proposta à luz do debate

atual no campo da Saúde Coletiva, especialmente no que diz respeito à reflexão acerca dos determinantes sociais do "complexo saúde-doença-cuidado" (ALMEIDA FILHO, 1999) e das perspectivas teórico-metodológicas do planejamento e gestão de ações de promoção da saúde no âmbito governamental, o presente artigo contempla inicialmente, uma breve revisão das noções e conceitos que fundamentam a proposta de elaboração de Políticas Públicas Saudáveis -PPS, tentando estabelecer o que significa qualificar uma política pública como "saudável".

Em seguida, trata de apresentar e comentar alguns procedimentos metodológicos que podem ser utilizados no processo de formulação e implementação de "políticas públicas saudáveis", resgatando e ampliando uma reflexão acerca das possibilidades de utilização do enfoque situacional no planejamento de ações intersetoriais para a promoção da saúde no âmbito municipal (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

Por último discute o significado das possíveis mudanças no processo de planejamento e gestão das PPS tendo em vista a necessária elevação da capacidade de governo das organizações públicas em face da complexidade da situação de saúde da população e do momento atual em termos da política e gestão do sistema de saúde, no qual se avizinha uma renovação no universo de prefeitos e secretários municipais de saúde.

Políticas públicas saudáveis: definições e conceitos

A concepção atual de Promoção da Saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, de-

mocracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria) referindo-se a uma "combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de "responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos" (BUSS, 2003, p.16).

No que diz respeito à noção de PPS, o debate que vem sendo desenvolvido nas conferências internacionais destaca a vinculação entre as políticas sociais e econômicas, expressa a necessidade de se assegurar a participação democrática no processo de formulação de políticas, chama a atenção para a responsabilização compartilhada entre o setor público e o setor privado, incorpora a proposta de estabelecimento de parcerias entre os diversos setores e enfatiza a capacidade das pessoas e grupos se mobilizarem e organizarem para o desencadeamento de ações políticas coletivas voltadas ao intervenção sobre os determinantes da saúde em diferentes contextos e territórios. (BUSS, 2003).

Segundo Buss (2003, p.27) as políticas públicas saudáveis se expressam por diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais eqüitativa da renda e políticas sociais. Essa compreensão abrangente do termo representa, assim, uma superação da perspectiva que marcava o entendimento anterior do alcance da promoção da saúde, limitado a correção de comportamentos individuais, isto é, à mudança dos "estilos de vida" prejudiciais à saúde.

De fato, a incorporação do termo "saudável" a expressão "políticas públicas" abre uma "janela de oportunidade" (KINGDON, 1995) do ponto de vista da reflexão crítica no campo das políticas, na medida em que aponta a possibilidade de se incorporar ao debate acerca dos objetivos a serem perseguidos e das estratégias a serem implementadas, o avanço conceitual que vem se dando no âmbito da Saúde Coletiva, especialmente no que diz respeito aos estudos produzidos na área de Epidemiologia acerca da situação de saúde da população e seus determinantes e a reflexão que vem sendo realizada na área de Planejamento e Gestão em saúde acerca dos diversos enfoques e opções metodológicas para a formulação e implementação de políticas e ações de saúde.

No que se refere à contribuição da Epidemiologia, o debate atual em torno de temas como transição epidemiológica e suas características especificas na sociedade brasileira (BARRETO e HAGE, 2000), os estudos sobre os determinantes e formas de expressão das desigualdades sociais em saúde (BARRETO, 1998; ALMEIDA FILHO, 2001), a problematização da noção de saúde, "ponto cego da Epidemiologia" (ALMEIDA FILHO, 1999) e a possibilidade de sua conceituação positiva (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003) bem como a reflexão sobre a noção de risco (CAPONI, 2003; CASTIEL, 2003) e os estudos sobre vulnerabilidade (AYRES, 2002; AYRES, 2003), aliada ao desenvolvimento dos sistemas informatizados de geração de dados sobre condições de vida e saúde dos diversos grupos populacionais, constitui um "solo" epistemológico e tecnológico onde pode vir a se reconfigurar o objeto de conhecimento e intervenção no âmbito das políticas públicas.

Já na área de Planejamento e Gestão em saúde, a crítica ao enfoque normativo, o desenvolvimento do enfoque estratégico-situacional e, sobretudo, o enriquecimento desse enfoque a partir do diálogo entre as distintas correntes de pensamento na área (RIVERA; ARTMANN, 1999; RIVERA, 2001; RIVERA, 2003) e destas com a Epidemiologia (TEIXEIRA, 2003b) subsidia o desenvolvimento de processos de formulação de políticas, planejamento e execução de ações que podem vir a privilegiar a intersetorialidade das políticas, a integralidade das práticas e a participação social na gestão dos planos, programas e projetos de ação, incorporando métodos, técnicas e instrumentos que subsidiem a tomada de decisões de forma coerente com os princípios e valores ético-politicos incorporados aos movimentos da promoção da saúde e da reforma sanitária brasileira.

Nessa perspectiva, vários autores chamam a atenção para a importância de se trabalhar com um enfoque por problemas, desenvolvendo a análise dos seus determinantes estruturais e formas de expressão fenomenológica em termos de condições de vida e saúde dos diversos grupos sociais, identificados a partir do geoprocessamento de informações que permitem o mapeamento de condições de vida e saúde da população em distintos territórios (CASTELLANOS, 1997; PAIM, 1997).

Do ponto de vista da seleção e implementação de alternativas para o enfrentamento dos problemas identificados, a reflexão critica sobre as políticas vigentes e a experimentação de práticas alternativas, que incorporam a busca de integração de ações e serviços aliada à mobilização social e comunitária na busca de soluções aos problemas e na execução de ações tem gerado, inclusive, a atualização da reflexão sobre a proposta de Vigilân-

cia da Saúde (TEIXEIRA, 2001; TEIXEIRA, 2002; FREITAS, 2003; Paim, 2003), que incorpora, desde suas origens, a noção de Políticas Públicas Saudáveis (PAIM, 1994).

Do mesmo modo, a noção de "cidades saudáveis" (WESTPHAL, 1997; SPERANDIO, 2004) expressão das PPS no âmbito da gestão governamental das cidades, pode vir a se beneficiar de um diálogo construtivo com os saberes e práticas que vem sendo desenvolvidos no campo da Saúde Coletiva as quais dão conteúdo a idéias como "promoção da cidadania" e o envolvimento de organizações "comunitárias", recobertas no discurso original do movimento da Promoção da saúde pela noção de "empowerment" (CARVALHO, 2004).

A adoção da proposta de criação de "cidades saudáveis" pode ser entendida, assim, como uma importante inovação conceitual e organizacional no âmbito da administração publica municipal, apontando para a necessária superação da fragmentação de objetos e práticas de intervenção, tão bem denunciada por Matus (1996) quando comenta que "o governo tem setores porém a realidade tem problemas", chamando a atenção para a necessidade de uma mudança radical no modo de governar situações complexas, como as que são enfrentadas no cotidiano das cidades hoje.

Planejamento e gestão de políticas públicas saudáveis

O planejamento e gestão de PPS ao nível nacional e estadual ou, particularmente, ao nível municipal, podem vir a ser um espaço privilegiado para a adoção de conceitos e experimenta-

ção de métodos, técnicas e instrumentos que incorporem a interdisciplinaridade na analise dos problemas, a intersetorialidade na definição das soluções e a horizontalidade (SANTOS, 2003) na implementação de ações voltadas para a mudança e transformação das condições de vida e saúde da população, de acordo com suas necessidades sociais e demandas políticas.

Apesar da existência de um relativo consenso entre estudiosos e gestores públicos com relação ao caráter virtuoso da descentralização, da intersetorialidade e da busca de modelos de gestão alternativos (JUNQUEIRA, 1998; SIQUEIRA, 1998) persistem dúvidas quanto às formas mais adequadas de planejar, organizar, conduzir, gerir e avaliar tais intervenções (VIANA, 1998). Nesse particular, há divergências quanto à ênfase e à precedência de reformas administrativas para compor novos arranjos organizacionais e institucionais, além de perplexidades em relação às práticas políticas necessárias a uma redistribuição do poder e à reorganização dos processos de trabalho (PAIM, 1992; INOJOSA, 1998) visando formular e implementar políticas e assegurar efetividade à ação intersetorial. O "loteamento" de cargos do governo entre diferentes tendências e grupos políticos (INOJOSA, 1998), o aprisionamento da política pelos interesses das elites locais, o burocratismo, o corporativismo e os limites impostos pela política econômica (VIANA, 1998), representam constrangimentos que devem ser considerados no desenho estratégico.

Um dos desafios colocados por esse processo diz respeito ao planejamento, organização e gerenciamento da ação intersetorial, isto é, da conjugação dos esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, entre outros, visando a racionalização dos recursos existentes e a transformação das atividades desenvolvidas ten-

do em vista maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais. Alguns autores (SUÁREZ, 1992; JUNQUEIRA, 1998; INOJOSA, 1998) recomendam partir dos problemas da população de um dado território e buscar as soluções articulando distintas políticas e setores. Assim, "as ações intersetoriais dos serviços urbanos exigem um planejamento que garanta a integração dos objetivos e que esteja em constante processo de aprendizagem, no sentido de voltado à realidade altamente dinâmica e mutante de nossa sociedade" (SIQUEIRA, 1998, p.105).

Com efeito, a formulação e implementação de propostas inovadoras como é o caso das Políticas Públicas Saudáveis, exige o desenvolvimento de um processo de planejamento e programação que se constitua em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas. A escolha por um determinado enfoque teórico-metodológico a ser utilizado no processo de formulação de políticas públicas e de planejamento de ações intersetoriais deve levar em conta, portanto, a necessidade de coerência entre os propósitos definidos e os métodos selecionados (TESTA, 1992), de modo a permitir o desencadeamento de um processo de reorganização das práticas gerenciais, dos formatos organizacionais e, sobretudo, dos processos de trabalho no âmbito das instituições envolvidas (PAIM, 1993; SCHRAIBER, 1995; SCHRAIBER *et al*, 1999).

Dando continuidade a reflexão desenvolvida a partir de uma experiência de capacitação da equipe multiprofissional responsável pelo planejamento das ações intersetoriais para a promoção da paz e combate à violência no município de Salvador (TEIXEIRA; PAIM, 2000), consideramos pertinente tomar como ponto de partida o enfoque situacional (MATUS, 1993;

1997) para o planejamento e gestão de planos, programas e projetos de ação intersetorial (SUÁREZ, 1993), particularmente no âmbito municipal e local, tratando de agregar algumas sugestões metodológicas inspiradas na revisão da literatura recente na área.

Os principais argumentos a favor desta opção derivam de características intrínsecas à concepção teórico–metodológica que fundamenta este enfoque, quais sejam, a compreensão do **objeto** do planejamento como sendo constituído por problemas e oportunidades reais de intervenção, a concepção do **processo** de planejamento como sendo constituído de "momentos" que se interpenetram, a proposta de "modularização" do **produto** do planejamento e a "teoria de governo" embutida no enfoque que aponta em direção a uma ampliação da esfera pública, através da democratização das **relações** e uma intensificação da ação comunicativa entre gestores, técnicos e usuários dos serviços (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

A incorporação do "enfoque por problema", supõe a identificação e seleção de problemas que podem ser analisados de distintos ângulos, como é o caso dos problemas de saúde, contribuindo para a identificação e articulação das ações a serem realizadas por cada instituição envolvida no seu enfrentamento e solução. A base teórico-metodológica dessa concepção reside no "fluxograma situacional" (MATUS, 1993), instrumento de análise que permite uma abordagem multireferencial aos problemas de saúde, particularmente aqueles cuja determinação transborda o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde. O desenvolvimento de processos de análise desse tipo de problema tanto possibilita o estabelecimento de um diálogo entre os sujeitos envolvidos quanto permite a identificação da con-

tribuição que cada instituição ou "setor" pode vir a aportar na intervenção sobre seus determinantes e condicionantes (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

No que diz respeito ao processo de planejamento cabe ressaltar que a compreensão dos diversos momentos que o constituem – o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional – desafia o tempo cronológico e remete à **pluralidade de tempos** (técnico e político) e simultaneamente à **pluralidade de dimensões** do(s) sujeito(s) que planeja(m) e se conecta com a **pluralidade de instituições** que compõem os vários "setores" da ação governamental envolvidos em um esforço de planejamento intersetorial.

A noção de "momento" se articula dinamicamente com a proposta de organização do plano como uma estrutura "modular", que permite a definição de objetivos e o desenvolvimento de atividades e tarefas que podem estar situadas em tempos distintos do processo de intervenção sobre os problemas, ao tempo em que contempla a integração de sujeitos institucionais distintos, flexibilizando, na prática, estruturas organizativas burocráticas. Desse modo, pode ter como conseqüência a abertura de espaços de diálogos e negociação coletiva em torno do redirecionamento dos programas e projetos desenvolvidos, a realocacao dos recursos públicos e o incremento da participação social, fundamentada na co-responsabilização pela promoção do bem-estar coletivo, contribuindo para o processo de acumulação de conhecimentos e de poder por parte dos diversos sujeitos institucionais e atores sociais envolvidos no processo.

Pelo exposto, a formulação e implementação de PPS podem assumir, como referência, os conhecimentos acumulados acerca

das características e dos determinantes dos problemas de saúde em diversos níveis e os valores éticos e políticos dos distintos sujeitos, adequando métodos, técnicas e instrumentos de acordo com as finalidades das organizações (governamentais ou não governamentais) onde o processo de planificação seja desenvolvido e do contexto onde estas estejam atuando.

Do ponto de vista metodológico, o "planejamento de políticas públicas saudáveis" pode levar em conta os diversos momentos sugeridos no enfoque situacional, desdobrados de acordo com as necessidades e demandas dos atores envolvidos, o que supõe o mapeamento dos atores e de suas posições diante dos problemas e soluções apresentadas ao debate, de modo a que possa se estabelecer um processo dinâmico e flexível de negociação e pactuação em torno de compromissos, responsabilidades e expectativas de cada um deles.

A operacionalização de um processo dessa natureza ao nível nacional, estadual ou municipal requer, por parte da equipe responsável pela condução do processo de formulação e implementação das PPS, além da definição clara dos propósitos – conservação, mudança ou transformação do conteúdo e da forma de organização das práticas de saúde, a recriação dos métodos de planejamento e gestão, de modo a se incorporar e adaptar as propostas metodológicas disponíveis ao contexto político e institucional onde seja desencadeado este processo (TEIXEIRA, 2001, 2003).

Esse processo pode contemplar a montagem de uma base técnica-operacional para a análise permanente da situação de saúde, em territórios definidos (municípios, micro-regiões, estados, macro-regiões e o próprio país) ponto de partida para a construção de cenários futuros que emoldurem a tomada de decisão e a formulação de políticas (Situação - objetivo em fun-

ção do tempo político disponível) e a definição de prioridades. Isto resulta, em outros termos, na construção da Agenda do governo com relação à Saúde, definida a partir da seleção de problemas, determinantes e/ou nos críticos que se constituirão em objeto de intervenção por parte das organizações públicas e seus parceiros (setor privado e comunidade organizada e atuante em espaços territoriais selecionados em função da distribuição social dos problemas e dos grupos prioritários).

O desenho e implementação das estratégias de ação, por sua vez, supõem a programação das operações e a seleção das tecnologias a serem utilizadas na execução das ações, as quais, podem contemplar, de acordo com a natureza dos problemas selecionados, um amplo leque constituído por ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação, definidas em função da disponibilidade de oferta e possibilidade de integração entre os serviços de saúde e as ações desenvolvidas por outros setores nos distintos territórios, tendo em vista a melhoria das condições de vida e trabalho e a elevação da capacidade (*empowerment)* de indivíduos e grupos com relação à manutenção da saúde e defesa da vida.

Finalmente, cabe destacar a importância de se estabelecer os critérios e indicadores que serão utilizados no processo de monitoramento e avaliação das ações realizadas e dos resultados alcançados, podendo-se, inclusive, definir-se uma "linha de base" que referencie a avaliação periódica dos progressos na implementação das políticas e permita a comparação dos resultados alcançados com a situação inicial, informações que podem, inclusive, ser úteis para *marketing* político, a revelar a eficiência e efetividade das intervenções governamentais, caso ocorram, contribuindo para a legitimação de projetos e práticas de governo.

Considerações finais

A incorporação critica e a re - significação da proposta de formulação e implementação de Políticas Públicas saudáveis traz consigo uma grande possibilidade de resgate dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira especialmente a adoção do conceito ampliado de Saúde como referencial para a identificação e análise dos problemas e das necessidades sociais de saúde da população, ponto de partida para a tomada de decisões e elaboração de planos, programas e projetos de ação.

Ao mesmo tempo, a incorporação dessa proposta, particularmente no âmbito municipal, reforça e potencializa as iniciativas de mudança nas estruturas e práticas de gestão governamental, criando condições favoráveis à modernização e profissionalização da gestão das organizações públicas em nosso meio, de modo a se poder perseguir o ideal de conjugar eficiência, efetividade e participação democrática na tomada de decisões e implementação das ações e serviços.

Institucionalizar o planejamento situacional, mudar a prática e a cultura organizacional, pressupõe e implica enfrentar o desafio de constituir sujeitos competentes tecnicamente, comprometidos politicamente e sensibilizados com os valores que animam o debate sobre a formulação e implementação de PPS, isto e, o direito a saúde, a defesa da vida, a luta pela justiça social e a re-significação dos ideais de participação política e solidariedade social no contexto contemporâneo.

Isso reforça a necessidade do diálogo entre gestores e pesquisadores da área de políticas sociais e de saúde em particular, bem como a necessidade de se investir em processos de capacitação e educação permanente de dirigentes e técnicos,

não só das instituições de saúde, senão que de instituições envolvidas na elaboração e execução de políticas públicas de modo geral, inclusive programas e projetos que contemplem a implementação de ações voltadas ao enfrentamento de problemas cujos determinantes extrapolam o "espaço de governabilidade" do sistema de saúde.

De fato, a diversificação dos problemas e objetos de investigação e intervenção, a multiplicidade de abordagens a estes problemas, demanda o estabelecimento de diálogos interdisciplinares e a ampliação do debate em torno de alternativas de política e ampliação do leque de ações possíveis para a promoção, proteção e preservação da saúde individual e coletiva, balizadas por valores éticos e políticos que dêem suporte a práticas consentâneas com a preservação e criação de "modos (saudáveis) de andar a vida", núcleo central do projeto histórico da reforma sanitária brasileira.

Referências

AKERMAN, M. *et al.* A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência realizada em Campinas-SP. *Saúde e Sociedade,* v.6, n.2, p.83-99, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. *O conceito de saúde*: ponto cego da epidemiologia. Conferência proferida em concurso para Professor Titular de Epidemiologia do ISC-UFBA, 31 de julho de 1999. 25 p.

ALMEIDA FILHO, N.; Andrade, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. CZERESNIA, D. e;FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 97-115.

AYRES, J. R. C. M.; Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* v. 5, supl. 1, p.28-42, 2002.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JR., I., CALAZANS, G. J.; SALETTI Fº, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.117-139.

BARRETO, M. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.2, n.2, p.194-222, 1998.

BARRETO, M.; HAGE. E. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília, p. 235-259, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria *"empowerment"* no projeto de promoção da saúde. *Caderno de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, jul-ago, 2004.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. *In:* BARATA, R. (org.) *Condições de vida e situação de saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.31-75.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.79-95.

FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000.* Brasília: Paralelo 15, 1999. 103 p.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 141-159.

INOJOSA, R.M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n.12, p.35-48, 1998.

JUNQUEIRA, L.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade.* v.6, n.2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L.P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n.2, p. 11-22, 1998.

KINGDON, J.W. Como chega o momento de uma idéia? *In:* Agendas alternativas e políticas públicas. (Tradução de Alternatives agendas and public policies), Michigan, EUA: Addison-Wesley Educacional Publisher, 1995.

MATUS, C. *Política, planificação e governo.* 2. ed., Brasília: IPEA, 1993, 2v., p. 297-554 p.

MATUS, C. *Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi:* estratégias políticas. São Paulo: Edições Fundap, 1996. 294 p.

MATUS, C. *Los 3 cinturones del gobierno. Gestión, organización y reforma.* Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997. 262 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto promoção da saúde (Cartas e Declarações das conferências internacionais de promoção da saúde), *Anais.* Brasília, DF, 55 p., 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Relatório de progresso. *In:* 2ª. Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. *Anais,* Brasília, março, p. 83-164, 2004.

PAIM, J.S. Burocracia y aparato estatal: implicación para la planificación y instrumentación de politicas de salud. *In:* TEIXEIRA, S.F. (org.) *Estado y politicas sociales en America Latina.* Universidad Autonoma Metroplitana. Universidad Xochimilco, 1ª Edición, México, 1992. p.293-311.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários In: MENDES (org.) *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais *In:* ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p.455-466.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. *In:* BARATA, R. (org.) *Condições de vida e situação de saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.7-30.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.161-174.

RIBEIRO, R.C. *A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade: a experiência de Fortaleza.* Saúde e Sociedade, v.6, n.2, p.47-54, 1997.

RIVERA, J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde; flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciência & Saúde Coletiva, v.4, n.2, p.355-365, 1999.

RIVERA, F. U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende . *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p. 209-219, 2001.

RIVERA, J.U. Cultura e liderança comunicativa. *In:* RIVERA, J.U. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 200. p. 285-218.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização:* do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro/ São Paulo: Record, 2003. 180 p.

SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e Planejamento nas práticas de Saúde. *Saúde em Debate*, n. 47, CEBES, p. 28-35, 1995.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA,A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E.R.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.221-242, 1999.

SIQUEIRA, M. M. Transetoriedade dos serviços urbanos: preâmbulos de discussão. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n.12, p.93-107, 1998.

SPERANDIO, A. (org.) *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis.* UNICAMP: IPES Editorial, 2004. 2v.

SUÁREZ, J. Contribuicion al marco teorico para el desarrollo de la accion intersectorial en salud. *Educ. Med. Salud.* v.26, n.2, p.225-241, 1992.

SUÁREZ, J. Proposicion de un modelo para el estudio y desarrollo de la accion intersectorial en salud. *Educ. Med. Salud.* v.27,n.1, p.61-81, 1993.

TEIXEIRA, C. F. ; PAIM, J. S. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 34, p.63-80, 2000.

TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção.* Salvador: Casa da qualidade, 115 p.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: CEPS, ISC-UFBA, 2001b. 79 p.

TEIXEIRA, C. (org.) *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 128 p.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde.* 6.ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 515-531.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção a saúde no SUS: desatando nos e criando laços. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p 257-277, 2003.

TESTA, M. Tendências em planejamento *In: Pensar em saúde.* Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. p. 89-128

VIANA, A.L. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro, v. 32, n.12, p.23-33, 1998.

WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade,* v.6, n.2, p.9-18, 1997.

Modelo de atenção à saúde no sus:

trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas

Carmen Fontes Teixeira
Jorge Pereira Solla

Introdução

A organização dos serviços de saúde tem sido um dos temas centrais do debate conceitual e político no âmbito do movimento pela reforma sanitária brasileira, ao longo dos últimos 30 anos. Esse debate vem alimentando a formulação e implementação de propostas políticas, normas e estratégias de mudança na gestão, no financiamento e, principalmente, na organização dos serviços e das práticas de saúde, no contexto de construção do SUS nos últimos 15 anos.

A trajetória desse debate tem sido marcada pela crítica e redefinição de idéias oriundas de movimentos internacionais de reforma dos sistemas de saúde, às quais se articulam, dinamicamente, propostas surgidas da experimentação prática e elabora-

ção de alternativas que refletem a especificidade das condições nas quais se desenvolve o processo de reforma em nosso país.

Efetuar um "balanço" desse processo supõe, em primeiro lugar, reconstituir a emergência e desenvolvimento das concepções que vem norteando o processo de decisão política acerca da reforma na organização dos serviços e, em segundo lugar, analisar as mudanças que vem ocorrendo em função da implementação de políticas e estratégias de ação nessa área.

A análise do processo e dos resultados alcançados no que diz respeito à manutenção, mudança e/ou transformação do "modelo de atenção à saúde"[1] no âmbito do SUS, supõe a identificação, descrição e análise da forma como se inseriu a problemática da organização dos serviços no debate acadêmico e seus desdobramentos na cena política e institucional, algo que já revela uma das características do processo brasileiro de reforma sanitária, isto é, a ocorrência de uma difusão de idéias reformadoras no espaço da formação de pessoal em saúde, locus institucional onde se assentaram as bases conceituais e doutrinárias do movimento pela RSB.

Além disso, um "balanço" do processo de reforma nessa área supõe a identificação e análise dos efeitos do processo de implementação das propostas de mudança, os quais podem ser avaliados tendo em conta o alcance ou não de índices de cobertura, acessibilidade, qualidade e efetividade dos serviços que traduzam os princípios da universalidade, integralidade e equidade incorporados à legislação sanitária[2] do país por força do movimento de reforma.

Trata-se, portanto, de questionar até que ponto o processo de construção do SUS vem conduzindo (ou não) a uma universalização do acesso da população aos serviços, bem como

perguntar até que ponto esse processo vem contribuindo (ou não), para uma redistribuição social dos recursos e dos serviços de saúde de modo a contemplar a pretendida equidade. E ainda, trata-se de perguntar, se o processo de construção do SUS tem implicado mudanças na organização dos serviços e práticas que aproximam (ou não) a configuração do "modelo de atenção" ao ideal de integralidade do cuidado à saúde dos indivíduos e grupos da população.

A resposta a essas questões exige o desenvolvimento de um conjunto de estudos e pesquisas que extrapolam os limites desse trabalho, cuja finalidade, bem mais modesta, é apenas a de delimitar algumas questões que permeiam o debate conceitual e definem as opções políticas colocadas aos gestores do SUS no momento atual.

Para isso, tratamos de periodizar os últimos 30 anos, identificando conjunturas específicas nas quais se plasmaram as idéias centrais das propostas de mudança na organização dos serviços e no conteúdo das práticas de saúde, desde a formulação inicial da proposta (CEBES, 1979), passando pela concepção elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1987-87), seus desdobramentos no período SUDS (implantação dos DS) e, principalmente, o debate desenvolvido no contexto de implantação do SUS a partir da implementação das NOBS e do Programa de Saúde da Família (1993-2004).

Em seguida, sistematizamos algumas informações que oferecem uma visão panorâmica da situação atual do SUS em termos do perfil de oferta da produção de serviços no país, privilegiando-se os últimos dez anos de implementação desse sistema, levando em conta, especificamente, a identificação de eventuais mudanças na configuração dos subsistemas de "Atenção Básica" e de "Atenção Hospitalar".

Finalmente, retomamos a questão da integralidade do modelo de atenção à saúde, entendida como parte da "imagem-objetivo" do SUS, buscando-se estabelecer se houve ou não avanços nesse sentido e quais são os principais desafios e as perspectivas que se colocam no momento atual aos formuladores de políticas e gestores do sistema, levando em conta a situação existente, os problemas e oportunidades de mudança na organização da atenção à saúde.

Concepções e modelos de organização dos serviços de saúde: reconstituindo a trajetória de um debate multifacetado

O debate sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil, no contexto demarcado pelo movimento da Reforma Sanitária e construção do SUS apresenta algumas "correntes de pensamento", linhas de força que se entrecruzam, em alguns momentos e na obra de alguns autores, gerando concepções e propostas alternativas que, em alguma medida, vem sendo implantadas e, por vezes, assumidas como referenciais para a formulação de políticas. Nesse item, tratamos de identificar essas grandes linhas e alguns de seus desdobramentos, tomando como ponto de partida o pensamento crítico que originou o movimento político pela Reforma, eixo em torno do qual foi se desenvolvendo um diálogo com outras correntes e propostas elaboradas no contexto internacional, enriquecidas, redefinidas ou rejeitadas pelos pesquisadores e formuladores de políticas em nosso meio.

Emergência da reflexão crítica sobre prática médica e modelos de organização de sistemas e serviços de saúde

A emergência de uma preocupação com a busca de alternativas à organização social das práticas de saúde no Brasil pode ser localizada em meados dos anos 70, quando se iniciaram, entre os docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, as discussões acerca dos limites e possibilidades das propostas de reforma do ensino e da prática médica. A "crítica da Medicina Preventiva", apresentada por Antonio Sérgio Arouca, em 1975, marcou a formação de muitos jovens estudantes e professores de Medicina que, através da leitura que o autor fez do movimento preventivista, fundamentado na Arqueologia do Saber de Michel Foucault e no marxismo estruturalista em voga naquela época, começaram a pensar criticamente sobre as determinações econômicas, sociais e políticas que marcavam o exercício da Medicina, especialmente no contexto brasileiro, no qual ocorria a capitalização e privatização da assistência médica previdenciária, eixo da política de saúde do regime autoritário (AROUCA, 1975)

Quase que simultaneamente, Maria Cecília Donnangello concluiu sua tese de livre-docência, publicada no livro "Saúde e Sociedade" (DONNANGELLO, 1976), obra que culminava uma reflexão iniciada pela autora à propósito das relações entre Medicina e Sociedade (seu livro anterior), no qual retraçava a história da Previdência Social no Brasil e analisava as características da luta política e ideológica que se travava então na área médica, cenário de expansão do movimento sindical em luta contra a hegemonia dos "liberais" e "empresários da saúde". A reflexão de Donnangello sobre as determinações sociais da

prática médica, foi o ponto de partida para os estudos que vieram a se desenvolver acerca do processo de trabalho médico (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1986), os quais se constituíram em pilares do pensamento crítico do grupo de Medicina Preventiva da USP. Na época, esse estudo subsidiou a crítica à Medicina Comunitária, movimento ideológico de reforma que começava a ser assimilado pelos formuladores de política no âmbito das instituições de saúde pública, gerando os chamados Programas de Extensão de Cobertura – PECS, os quais se tornaram, inclusive, objeto de vários estudos, dissertações e teses, operando-se uma leitura crítica do movimento internacional em torno da expansão da Atenção Primária á Saúde, referendado pelos governos do mundo em Alma-Ata, em 1978 (PAIM, 1999).

Do conjunto desses estudos deriva a compreensão de que as práticas de saúde, nas sociedades contemporâneas, abarcam uma gama de objetos, recortados na realidade social enquanto enfermidades, agravos à saúde, condições de saúde e necessidades de saúde – individuais e coletivas. Ao mesmo tempo, determinam sujeitos – profissionais, trabalhadores de saúde e usuários, envolvidos na reprodução social dessas práticas, em seus diversos níveis de organização, dos serviços aos sistemas de serviços de saúde, os quais, em função da forma de financiamento ou gestão adotada apresentam-se concretamente como públicos, privados ou mistos (TEIXEIRA, 1994).

Nessa perspectiva, foram desenvolvidos estudos e pesquisas que adotavam uma perspectiva histórico-estrutural, de cunho marxista, para entender o "processo de trabalho em saúde" e suas diversas modalidades de organização, perspectiva que se desdobrou no estudo das determinações históricas das políticas de saúde em distintas conjunturas, enfatizando o papel do

Estado enquanto “condensação de relações de força” entre os diversos grupos e atores sociais cujos interesses se apresentam também no âmbito do setor saúde. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1979). Parte desses estudos tomou como objeto o “modelo médico-assistencial”, tratando de apontar suas limitações estruturais e sua vinculação a interesses econômicos mercantilistas, especialmente em sua modalidade “privada” ou “privatista”, como passou a ser conhecido o modelo “hegemônico” em nosso sistema de serviços de saúde. Outro grupo de estudos passou a analisar as limitações das propostas alternativas, que estavam sendo implantadas, a maioria subsidiária do movimento em torno da APS, os citados Programas de Extensão de Cobertura, focalizados em populações pobres, “marginalizadas” pelo modelo de desenvolvimento econômico vigente (MENDES, 1993; PAIM, 2002).

Como já é amplamente reconhecido pelos estudiosos desse período, os conhecimentos produzidos, as reflexões e críticas contidas nesses estudos pioneiros, ao tempo em que operavam uma distinção epistemológica com a Saúde Pública tradicional, afastando-se, também do corpo de doutrina dos movimentos ideológicos de reforma médica, aproximaram-se do ideário da Medicina Social francesa do século XIX e contribuíram para a constituição do campo da Saúde Coletiva, assim nomeado, no início dos anos 80, por representantes da comunidade científica da área.

No final dos anos 70, porém, o efeito mais importante desse esforço de reflexão acadêmica em torno da crítica à “medicalização da sociedade”[3] foi subsidiar um movimento nascente em torno da “democratização da saúde” que veio a constituir o eixo estruturante do processo de luta pela Refor-

ma Sanitária Brasileira, liderada, inicialmente pelo CEBES (FLEURY, 1997), envolvendo, posteriormente, um conjunto de atores políticos, onde germinaram as propostas de luta pelo direito à saúde e pela reforma do sistema público de saúde, amplamente estudadas por pesquisadores da área (ESCOREL, 1987; FLEURY TEIXEIRA, 1986, 1989,1995; ALMEIDA, 1993; PAIM, 2002).

Um aspecto importante a destacar diz respeito aos conteúdos da crítica que foram incorporados ou não às propostas políticas formuladas no seio do movimento de reforma. Já em seu estudo pioneiro Arouca (1975) assinalava a possibilidade do "discurso preventivista" assumir três modalidades distintas: a vertente apologética, defensora da incorporação das medidas preventivas na prática médica, a tecnocrática, que o aproximava das propostas de reforma na organização dos serviços então em voga na área de saúde pública com os programas de extensão de cobertura, e a vertente crítica que subsidiaria, no limite, uma transformação das práticas de saúde, projetando a utopia de uma mudança do sistema de serviços para muito além do que vinha sendo discutido no âmbito internacional, ou seja, a possibilidade de construção de um "Estado de bem-estar social", nos países industrializados, desenvolvidos, ou simplesmente, a constituição de sistemas que ao privilegiar a atenção primária á saúde, promovessem o acesso de serviços básicos às populações excluídas, proposta essa defendida para os países do "terceiro mundo".

No Brasil, ao ser formulada a proposta de mudança do sistema que foi incorporada ao conjunto de princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira, sistematizada no documento apresentado pelo CEBES à Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, em 1979 (CEBES, Saúde e Democracia), adotou-

se a perspectiva que fundamentava os sistemas de saúde baseados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, ao tempo em que se propunha a constituição de uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada de serviços (PAIM, 1997). Reforçou-se, portanto, a perspectiva adotada em países europeus como Inglaterra e Itália, cujos "sistemas" constituíam modelos inspiradores dos pioneiros da reforma no Brasil, no caso, o modelo constituído no período anterior à adoção do neoliberalismo enquanto referencial para a reforma das reformas (anos 80).

Duas décadas passadas desde que o CEBES formulou a proposta originária do processo de construção do SUS, é possível se levantar algumas questões que podem desencadear pesquisas históricas, epistemológicas e políticas mais aprofundadas. Ou seja, é possível estranhar a distância entre a radicalidade da crítica à Medicina Preventiva e Comunitária, fundamentada na utopia da democratização da sociedade como forma de construção do socialismo, sua via pacífica, e o "choque de realidade" que ao lançar os intelectuais da reforma na cena política fez com que buscassem elaborar propostas de cunho social-democrata, enfatizando mudanças na forma de financiamento, gestão e organização do sistema de saúde cujos efeitos, permaneceriam muito aquém da negação e superação do processo de medicalização da sociedade.

Embora a situação de saúde da população brasileira no período, dramaticamente marcada pelo descaso com a saúde pública e pela mercantilização acelerada da produção e consumo de serviços, tornasse a proposta de construção de um sistema público, universal e igualitário, que contasse, inclusive, com participação popular em sua gestão, algo extraordinário, inovador, naquela conjuntura de luta contra o autoritarismo, o

fato é que o amplo debate inaugurado com a proposta de reforma sanitária foi perdendo em radicalidade e talvez, ganhando em viabilidade de propostas que enfatizaram mudanças no sistema, tônica do processo na década de 80. Com isso, a mudança nas práticas, no conteúdo do processo de trabalho e, especialmente, nas relações entre os prestadores e usuários, profissionais de saúde e população só voltaram à agenda nos anos 90.

Formulação de políticas, experimentação prática, diversificação de abordagens conceituais e propostas alternativas de organização de sistemas e serviços de saúde

O desdobramento político-social, jurídico-parlamentar e político-institucional do movimento pela reforma sanitária fez com que, na primeira metade dos anos 80 o foco de interesse principal se deslocasse para a formulação de propostas de enfrentamento da crise do sistema de atenção médico-previdenciário, de cunho fortemente racionalizador como foi o caso das Ações Integradas de Saúde. Do ponto de vista político mais geral, a inserção da problemática de saúde na agenda da transição democrática a partir do movimento pelas eleições diretas, implicou na formulação de propostas de mudança na política de saúde que enfatizassem o fortalecimento do sistema público de serviços, ainda que este contasse, em seu nível operacional, com a participação complementar dos serviços privados.

Durante os anos que se seguiram, marcados pelo avanço do movimento da RSB e a ampliação do arco de alianças que culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde ganhou

força, e passou-se a discutir aspectos centrais em torno da sua viabilidade, como foi o caso do financiamento e gestão, o que, de certa forma, colocou em segundo plano o debate sobre a organização dos serviços, embora, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), tenha se tentado avançar, na prática, com o processo de integração e hierarquização dos serviços.

No contexto de restauração do Estado de direito, propósito central da luta pela democratização do país na época, colocou-se na agenda política o debate em torno da Saúde como direito de cidadania, um dos temas da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, evento que marca a incorporação da proposta de constituição do SUS como política de Estado, formalizada posteriormente na legislação orgânica do setor. Nesse momento culminante do processo de luta pela RSB, os princípios e diretrizes do SUS foram apresentados e obtiveram o consenso entre os atores participantes do evento, assumindo-se, a partir daí, a imagem – objetivo de um sistema universal, integral e eqüitativo, construído a partir do desencadeamento de processos de descentralização e democratização da gestão, condições consideradas necessárias para a reorganização dos serviços.

Esta reorganização foi objeto, inclusive, do debate travado no âmbito da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que produziu um documento no qual se revela a preocupação central com a garantia das condições político-institucionais e financeiras para a implementação dessa proposta, o que se desdobrou no espaço jurídico-parlamentar constituído pela Assembléia Nacional Constituinte e no Congresso Nacional, no final da década, onde as tensões em torno do debate das propostas com relação ao financiamento e à institucionalização da participação popular na gestão do sistema de saúde geraram, inclusi-

ve, vetos à versão original da Lei 8080, superados em parte com a aprovação da Lei 8142, em 1990.

Ainda assim, não se pode afirmar que a mudança e a transformação das práticas de saúde estivessem completamente ausentes na pauta de discussões e propostas políticas, mesmo que estas se caracterizassem, fundamentalmente pela busca de racionalização da crise financeira, por um lado, e de transformação na organização e gestão do sistema de saúde, por outro. Do relatório da Comissão Nacional de Reforma Sanitária elaborado em 1987 consta especificamente o detalhamento das idéias em torno da configuração do SUS como um sistema público que materializaria os princípios "finalísticos" da universalidade, integralidade e equidade, a partir da adoção de estratégias que levassem em conta os princípios organizativos consagrados nos sistemas de base territorial, regionalizados e integrados, que operam em função de adstrição de clientela, hierarquização de serviços, programação local e outros métodos e instrumentos de gestão de sistemas que passavam a ser amplamente difundidos na época (CNRS, 1986)

O fato mais importante nessa perspectiva, todavia, foi a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, na segunda metade dos anos 80, viabilizada pelo "pacto de governadores" formado no primeiro momento do Governo Sarney, constuindo espaços político-institucionais onde se inseria, em alguns casos, propostas que tentavam superar os limites racionalizadores da política vigente no período, como foi o caso da implantação dos Distritos Sanitários, expressão que a proposta de criação dos SILOS, difundida pela OPS na região das Américas, ganhou no contexto nacional. (ARAÚJO; TEIXEIRA, 1989; MENDES, 1993).

Os Distritos Sanitários, equivalentes dos SILOS e das USL – Unidades Sanitárias Locais do sistema de saúde italiano, constituíram uma estratégia de reorganização dos serviços que adotava a perspectiva sistêmica, enfatizando a base territorial como critério fundamental para a definição da população coberta e do perfil de oferta dos serviços, levando-se em conta a articulação dos diversos níveis de complexidade e, principalmente, o perfil da demanda e a identificação das necessidades de saúde da população.

A implantação de Distritos Sanitários, em vários estados e municípios do país, foi um processo que se estendeu, com apoio da Organização Panamericana de Saúde e da Cooperação Italiana em Saúde, expressando, de certo modo, o esforço desencadeado em algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a mudança na organização dos serviços. Esta era vista como necessária e urgente, tendo em vista a busca de efetividade e "impacto positivo" das ações de saúde, para que ocorresse, inclusive, uma acumulação de poder político por parte dos grupos que defendiam a Reforma Sanitária, ao tempo em que contribuía para a legitimação da proposta de mudança junto à população (ALMEIDA, 1989; MENDES, 1993; TEIXEIRA; MELO, 1995).

Do ponto de vista conceitual e metodológico, a proposta de implantação dos Distritos Sanitários retomava, em um patamar superior de desenvolvimento, a tradição do planejamento e organização de serviços de saúde que havia sido inaugurada no contexto latino-americano com a proposta contida no método CENDES - OPS (1965), articulando alguns dos seus conceitos-chave, com os avanços da geografia crítica, da moderna epidemiologia e do enfoque situacional de planejamento. Nesse sentido, incorporou-se ao processo de construção dos DS a

delimitação dos territórios correspondentes à área de abrangência da rede de serviços, nos quais se recortava a área de abrangência de cada unidade, espaço esquadrinhado a partir de estudos inspirados na geografia e nas possibilidades tecnológicas abertas com o geoprocessamento de informações. A incorporação do enfoque situacional do planejamento em saúde, por sua vez, subsidiou a análise de situações a partir da identificação e descrição de problemas, o que permitiu, inclusive, uma (re)articulação entre a epidemiologia, o planejamento e as ciências sociais, voltadas à construção do (s) objetos de intervenção no âmbito dos Distritos, fossem doenças, agravos ou determinantes das condições de saúde (MENDES, 1993; TEIXEIRA, 1993; 1994; UNGLERT, 1993; KADT; TASCA, 1993; TASCA, 1993; SÁ; ARTMANN, 1994; TEIXEIRA; MELO, 1995) .

A necessidade de dar respostas aos desafios colocados pela prática desenvolvida no âmbito dos espaços de experimentação criados pela implantação do SUDS, pela organização dos Distritos Sanitários, inclusive o desafio de integrar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária às ações assistenciais, estimulou o desenvolvimento, nesse período, de esforços sistemáticos em torno da caracterização do "modelo médico assistencial hegemônico" e as possíveis estratégias de mudança organizacional e técnico-assistencial, solo onde germinou um conjunto de propostas alternativas de redefinição do conteúdo e da forma de organização dos serviços, das práticas e do processo de trabalho em saúde.

Nesse sentido, foi sistematizada uma análise crítica acerca da lógica de atendimento à "demanda espontânea", que caracterizava os estabelecimentos de saúde da rede pública, ao lado das propostas de articulação destas ações com a "oferta organizada" de serviços e as ações previstas nos "programas especiais"

(PAIM; TEIXEIRA, 1992). Inspirado, fundamentalmente, pelo desafio de reorientar o sistema nacional de vigilância epidemiológica (VE), esse texto pioneiro de Jairnilson Paim e Glória Teixeira, problematiza a possibilidade de integração dessas ações com as ações de atenção à saúde dos indivíduos (demanda espontânea) e grupos (programas especiais), apontando o que poderia ser feito em cada unidade para a reorganização da oferta de serviços.

Paralelamente, a experiência desenvolvida em um Centro de Saúde escola do município de São Paulo, conduzida pelo grupo do Depto. de Medicina preventiva da USP, constituiu o solo onde germinou a re-conceituação da proposta de programação em saúde, superando-se o viés economicista e paramétrico que caracteriza a programação local tradicional, desenvolvendo-se a idéia de programação como forma de re-organização do processo de trabalho em saúde, espaço para a identificação de necessidades e problemas de indivíduos e grupos, ponto de partida para a reorientação da lógica de atenção à saúde com ênfase na incorporação de uma perspectiva epidemiológica e social (SCHRAIBER, 1990).

Nesse contexto, também, surgem os primeiros estudos do grupo de pesquisadores da UNICAMP sobre a gestão e organização do trabalho no âmbito das unidades de saúde, enfatizando-se especificamente, a mudança nos instrumentos de trabalho e nas relações estabelecidas entre os prestadores e usuários dos serviços, base conceitual para a posterior formulação de propostas que se tornaram conhecidas como o "modelo em defesa da vida", cujos pilares são a preocupação com o acolhimento e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população que demanda os serviços, o que se desdobrou, mais recentemente, na elaboração de propostas de

mudança na gestão do trabalho em saúde e na gerência das unidades de produção de serviços. (CAMPOS, 1994; MERHRY, 1994; CECÍLIO, 1994)

A acumulação dessas experiências e a diversificação de abordagens conceituais nessa área ocorreu paralelamente ao debate internacional acerca de "modelos de atenção à saúde" (OPS, 1992), desdobrado, posteriormente, na análise da "crise da saúde pública" (OPS, 1992b, 1993) e ao debate nacional fomentado pelos Congressos Brasileiros de Epidemiologia, realizados em 1989, 1992 e 1995 (SILVA, 1994; PAIM, 1994; TEIXEIRA, 1996). Isto permitiu o amadurecimento da reflexão acerca do "modelo assistencial" no âmbito do SUS, tema central da 10ª. Conferência Nacional de Saúde, em (Brasil, 1996), retomado, posteriormente durante a 11ª CNS, realizada em 2000 (CNS, 2000).

Os textos sobre esta temática, produzidos por Paim (1993, 1994) nesse período, constituem uma sistematização da crítica aos "modelos hegemônicos", seja o "médico-assistencial privatista" seja o "modelo sanitarista", ao tempo em que apresenta um grande avanço conceitual que se estrutura em torno da noção de Vigilância da Saúde, elaborada à partir de uma releitura crítica e atualização histórico-concreta, do diagrama proposto originalmente por Leavell & Clarck, a propósito dos "níveis de prevenção" que atravessam a História Natural das Doenças (HND) (LEAVELL; CLARCK, 1987; AROUCA, 1975; TEIXEIRA, 2000). A noção de Vigilância da Saúde, a partir dessa concepção renovada do modelo da HND, incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde em sociedades históricas, quer se expressem como "políticas públicas saudáveis", conjunto de ações governamentais e não governamentais voltados à melhoria das condições de vida das

populações, querem se expressem como ações de "vigilância sanitária" e "vigilância epidemiológica", além das diversas formas de organização das práticas de "assistência e reabilitação" dirigidas a indivíduos e grupos.

Cabe destacar que, em virtude de sua plasticidade, a noção de Vigilância da Saúde tem se prestado a ser o eixo articulador de propostas as mais diversas, permitindo que a idéia original fosse se enriquecendo à medida em que as experiências foram se multiplicando e a reflexão acerca do processo de trabalho em saúde foi se aperfeiçoando (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Além de sua aproximação com o debate acerca da reestruturação do sistema nacional de Vigilância em Saúde, intensificado a partir da implementação de projetos estratégicos como foi o caso do VIGISUS, a partir de 1998 e da implementação dos Programas de Saúde da Família, a noção de Vigilância da Saúde vem se articulando com os debates acerca da "Promoção da Saúde (BUSS, 2000; TEIXEIRA; PAIM, 2000) e das "Cidades saudáveis" (FERRAZ, 1993;1999), bem como vem se alimentando, das reflexões acerca das "ações programáticas de saúde" (SCHRAIBER *et al*, 1990; 1996) e outras propostas de mudança na organização e operacionalização das práticas de saúde que vem sendo desenvolvidas, seja em núcleos acadêmicos sejam no âmbito dos serviços.

O mais importante, entretanto, é analisar o quanto dessas propostas influenciou e vem influenciando o processo de formulação e implementação de propostas políticas, programas e projetos no âmbito do SUS, espaço aonde, nos últimos 10 anos, vem se conflitando propostas hegemônicas com relação à organização dos serviços e as alternativas que vem sendo incor-

poradas e implementadas em função das oportunidades criadas em determinadas conjunturas.

Expansão do campo de experimentação e multiplicação das alternativas de organização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito do SUS

O processo de construção do SUS a partir da aprovação das Leis 8080 e 8142 e, principalmente, do desencadeamento da municipalização das ações e serviços, a partir de 1993, significou a expansão extraordinária dos espaços aonde vem se introduzindo mudanças na organização dos serviços e nas práticas de saúde. O eixo em torno do qual vem se desdobrando esse processo, em todos os estados e praticamente todos os municípios do país resultou da transferência paulatina da responsabilidade de gestão pela atenção primária da saúde (renomeada no Brasil como "atenção básica") aos gestores municipais, concomitantemente à implantação dos Programas de Saúde da Família, redefinidos ao longo da década (1994-2004) como "estratégia" de mudança do modelo assistencial do SUS (CORDEIRO, 1996; MS, 1998).

De fato, as origens da proposta de Saúde da Família remontam ao surgimento e difusão do movimento de Medicina Familiar (PAIM, 2002) estruturado em meados dos anos 60 nos EUA com a finalidade de introduzir reformas no processo de ensino médico. Difundido a vários países da América Latina nas décadas seguintes, este movimento se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil, onde emergiu enquanto proposta de formação pós-graduada em "Medicina Geral e Comunitária", vindo posterior-

mente a ser absorvido como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde.

A trajetória institucional dessa proposta ilustra claramente um processo de "refuncionalização" de suas noções e práticas, na medida em que, partindo de uma concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, através da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família), estas propostas foram paulatinamente associadas aos princípios da Medicina Comunitária e incorporaram princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e planejamento em saúde.

De fato, uma análise da concepção brasileira da Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Primária, ou como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica (MENDES, 2002; PAIM, 2004)

O mais interessante e, sem dúvida, mais relevante, politicamente, é que a Saúde da Família, formulada enquanto um programa "vertical" a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 90, foi reapropriada e redefinida, por um conjunto heterogêneo de atores políticos, ao nível estadual e pos-

teriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala.

Com isso, a partir de 1994 e, principalmente no período 1998-2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Mais que isso, a Saúde da Família, vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjugue com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle, ao tempo em que abra espaços para implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população das áreas cobertas pelo programa (TEIXEIRA, 2003).

A importância dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF[4] implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Alguns estudos evidenciam que, a prática das equipes do Programa se concentra, basicamente, na oferta organizada de serviços básicos como ações de educação sanitária dirigida a grupos de gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e grupos de idosos, realizadas nas unidades de saúde ou na comunidade, ao lado de ações de

atenção básica ao grupo materno-infantil, que incluem planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle de desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção (SILVA, 2002; TEIXEIRA, 2004). As ações de vigilância em saúde, mesmo em uma concepção restrita, limitada à vigilância ambiental (controle de riscos relativos a vetores de DIP, por exemplo) ou vigilância sanitária (controle de riscos associados ao consumo de bens e serviços, como água, alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos etc.) ou mesmo a vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos prioritários, como Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, Câncer de Colo de útero e mama, ou ainda, as ações específicas de atenção à problemas de saúde mental, ainda são desenvolvidas de modo incipiente pela grande maioria das equipes.

Um dos resultados indesejados desse processo vem sendo o aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, decorrente da extensão de cobertura da atenção básica, sem que ao mesmo tempo se verifique um aumento da resolutividade desse nível de atenção. Principalmente nos municípios de pequeno porte, que constituem a imensa maioria dos municípios brasileiros, a implantação da SAF, ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se fez acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como é o caso da Mortalidade Infantil.

De todo modo, a opção política por reorientar o modelo de atenção á saúde a partir da mudança na organização das ações básicas permanece como prioridade na agenda política no momento atual, intensificando-se, inclusive, o processo de im-

plantação do PSF, tendo como alvo os grandes municípios do país, aqueles com mais de 100 mil habitantes, aonde o impacto positivo do Programa só se fará sentir caso alcance uma grande cobertura populacional. São esses municípios que se constituem, atualmente, o lócus institucional de implantação do PROESF – Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família[5], instrumento de política que vem se fazendo acompanhar da mudança na estratégia de qualificação dos recursos humanos, "nó crítico" do processo, agora objeto de ações de educação permanente, através de uma rede de "Pólos de Educação permanente do SUS", em processo de organização.

Paralelamente aos esforços dirigidos à reorientação da Atenção Básica, solo onde vem se constituindo a possibilidade de reorganização de práticas específicas em áreas prioritárias, como é o caso das ações de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Saúde Bucal, bem como de reorientação de ações prioritárias de vigilância epidemiológica, voltadas ao controle de epidemias e endemias, ao lado da descentralização das ações de vigilância sanitária e implantação das ações de vigilância ambiental, o processo de construção do SUS tem se constituído, também, no espaço de mudança na organização dos serviços de média e alta complexidade, isto é, de reorientação das ações de assistência médica ambulatorial, laboratorial, hospitalar e farmacêutica.

Novamente o processo de municipalização, inicialmente com a implementação do estágio de "gestão semi-plena", e mais recentemente, com a multiplicação do número de municípios que atingiram o estágio de "gestão plena" previsto na NOB 001/96, provocou a necessidade e criou a oportunidade para a introdução de mudanças na organização dos serviços assistenciais, instituindo processos de gestão de redes

assistenciais que articulam unidades da rede própria dos sistemas municipais de saúde com unidades de saúde que pertencem à rede contratada e conveniada. A articulação dessas redes vem se constituindo em objetos de políticas, normas e poetarias específicas do Ministério da Saúde, principalmente a partir de 1998, revelando a pressão existente pela racionalização dos recursos em função do aumento extraordinário da demanda e da oferta de serviços pelo SUS (MS/SAS, 2002).

Mais recentemente, vem se buscando o aprofundamento desse processo com a formulação de uma política de reforma na área hospitalar, cujo ponto de partida é adoção de uma perspectiva conceitual que redefine o papel do Hospital em um sistema integrado de serviços de saúde. Segundo documentos do MS, isso se reflete na concepção acerca do tamanho dos Hospitais e das funções que deve desempenhar no conjunto dos serviços, desdobrando-se no debate acerca de como deve ser o financiamento e gestão dessas unidades, bem como a organização dos processos de trabalho em seus diversos setores ou unidades de produção de serviços e implica a redefinição das relações dos Hospitais com os demais níveis de prestação de serviços no âmbito do sistema (MS, 2004).

Com relação ao novo papel dos hospitais admite-se que estes passem a ser "um local para manejo de eventos agudos, onde se faça análise das possibilidades dos benefícios terapêuticos, um lugar onde tenha uma densidade tecnológica compatível, onde a discussão da eficiência e da qualidade seja colocada o tempo inteiro e que tenha uma infra - estrutura adequada para o cumprimento das atribuições da sua missão". Uma das questões discutidas no âmbito internacional diz respeito ao tamanho ideal dos hospitais, considerando-se que o padrão desejado deve ultrapassar 300 leitos. Por conta disso, observa-se em

vários países[6] um movimento de fechamento e fusão de hospitais, buscando-se configurar redes onde os hospitais regionais, por exemplo, operem com estruturas de no mínimo 1200 leitos.

Desencadear um movimento dessa natureza no Brasil significa assumir o enfrentamento de uma cultura organizacional resistente ao fechamento de qualquer serviço, seja um pronto atendimento, uma unidade básica de saúde etc. até por conta das pressões exercidas pelo setor privado e filantrópico, que atuam na perspectiva do modelo de atenção hospitalocêntrico. A reforma da atenção hospitalar, portanto, está colocada no centro do debate em torno da mudança do modelo de atenção e demanda o conhecimento da realidade da rede hospitalar do SUS, suas características e problemas.

Segundo diagnóstico recente realizado pelo departamento de atenção especializada do MS esta rede é caracterizada pela heterogeneidade do ponto de vista da distribuição territorial, dos vínculos institucionais, dos graus de organização tecnológica e das relações estabelecidas com os demais níveis de prestação de serviços. Cabe destacar a concentração de leitos na esfera privada e nos grandes centros urbanos, reconhecendo-se que não há propriamente uma organização em rede, há "vários desenhos que se superpõem", não respeitando uma política de regionalização baseada na distribuição da população, no perfil epidemiológico e no perfil da demanda aos serviços. Também é importante considerar que 38% das unidades cadastradas como hospitais no Brasil, possuem menos de 30 leitos, constituindo um segmento que vive em constante crise financeira[7] o que induz, muitas vezes, à prática de fraudes na prestação de contas, como o superfaturamento e simulação de atendimentos (MS, 2004).

O aspecto financeiro da crise é o que tem tido maior visibilidade, porém, pelo exposto, é necessário reconhecer que apesar dos recursos serem insuficientes, fracionados e mal alocados, essa insuficiência, má distribuição e má utilização de recursos são potencializadas pela forma como os serviços hospitalares estão organizados e pela forma como estão sendo geridos. A crise, portanto, é também organizacional e gerencial e se relaciona com a organização e gestão do sistema como um todo, isto é, atravessa o processo de formulação e implementação de políticas de financiamento, gestão e organização dos serviços.

Nesse sentido, a busca de alternativas tem exigido o desencadeamento de processos heterogêneos, que incidem sobre aspectos macro e micro organizacionais do sistema de serviços como é o caso do processo de regionalização da assistência, inaugurado em 2001/2002, por ocasião da elaboração da NOAS (TEIXEIRA, 2002) e a descentralização das ações de vigilância em saúde, objeto de esforços coordenados em torno da implantação do projeto VIGISUS, atualmente em sua segunda edição. Também é importante registrar o esforço de reorientação da atenção de urgência/emergência (especialmente com a implantação do SAMU) e a formulação de políticas para atenção de alta complexidade no SUS. No primeiro caso, observa-se que em 2003 apenas 16 municípios contavam com algum tipo de serviço de atendimento móvel de urgência coordenado por centrais de regulação e, a partir do projeto implantado nacionalmente em dezembro de 2004, já se alcançava uma cobertura próxima a 50 milhões de pessoas residindo em municípios com este serviço em funcionamento. Com o SAMU, além do atendimento de urgência extra-muros dos serviços de saúde potencializa-se toda a rede de atenção às ur-

gências com a atuação das centrais de regulação coordenando o conjunto de intervenções necessárias a serem mobilizadas para assegurar o atendimento indispensável a cada situação. Com o projeto QUALISUS inicia-se uma série de investimentos para adequação e mudanças na organização do trabalho nos principais hospitais públicos que concentram a oferta de atenção às urgências e emergências nos grandes centros urbanos. No segundo caso, registra-se um esforço importante de incorporação de diretrizes que permitam uma maior articulação entre as ações de alta complexidade e os outros níveis (atenção básica e média complexidade) buscando formatar linhas de cuidado e incorporando na programação da oferta de alta complexidade cadastramento de usuários, adstrição de clientela, com base populacional e territorial definida e elenco mínimo de procedimentos a serem assegurados, entre outras medidas.

Como se pode perceber, o desafio de reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS enfrenta uma série de obstáculos, entre os quais, sem dúvida, a recriação permanente das condições favoráveis à medicalização da saúde, exatamente o ponto de partida da reflexão crítica sobre a crise do sistema há cerca de 30 anos atrás, exigindo uma atualização permanente dos estudos e pesquisas sobre a forma como se expressa a tensão entre a busca de redefinição das práticas de saúde em direção à universalidade, equidade e integralidade e os limites financeiros, políticos, técnicos e organizacionais para se alcançar a operacionalização desses princípios no cotidiano do sistema.

Situação atual, desafios e perspectivas

Tentando uma breve síntese das principais características da situação atual, cabe destacar a ampliação e diversificação do

debate conceitual e político no que diz respeito á mudança do modelo de atenção á saúde no SUS e os desdobramentos do processo de implementação de políticas e programas que tomaram como objeto a organização dos serviços e das ações de saúde no contexto da construção do SUS.

Do ponto de vista conceitual, pode-se constatar que quando se começou a discutir esse tema, o foco era concedido a princípios e diretrizes gerais que configuravam a "imagem-objetivo" do sistema e à proporção que foi se avançando em termos de conquistas legais e institucionais, foi ocorrendo uma enorme diversificação dos sujeitos envolvidos no debate e no conteúdo das propostas apresentadas, de modo que hoje, pode-se identificar a existência de um processo extremamente complexo de discussão, elaboração e implementação de propostas políticas e de práticas de prestação de serviços de saúde que atravessa o espaço acadêmico, e se espraia pelos fóruns de discussão política, conferências e conselhos, comissão intergestores nos diversos níveis de governo e se desdobra no âmbito institucional ao nível federal, estadual e municipal.

Nesse contexto, passou-se de um debate geral sobre a configuração do sistema público e seus princípios norteadores, á especificação de propostas de mudança de praticas em áreas específicas, por fora da ação política de grupos organizados de mulheres, trabalhadores, portadores de patologias ou usuários com necessidades especiais, o que demanda a formulação de políticas e estratégias de ação em áreas diversas. A 11ª e a 12ª. CNS refletiram esse processo de ampliação e diversificação do leque de questões que passaram a ser abordadas sob o tema "modelo de atenção à saúde", apresentando-se, por vezes, com um grau de detalhamento extremado e de certo modo, inadequado nesse nível de construção da vontade política. Por

outro lado, não há como deixar de reconhecer que esta diversificação de atores e propostas reflete uma democratização do conhecimento no campo da Saúde Coletiva e se inscreve entre os avanços alcançados no processo de reforma sanitária.

Do ponto de vista da gestão dos serviços, um balanço dos últimos 10 a 15 anos revela que, apesar das mudanças no cenário institucional e das oscilações na correlação de forças favoráveis ou desfavoráveis à implementação de políticas coerentes com a construção do SUS, ocorreu uma ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços, configurando-se, hoje, o gestor municipal como o principal responsável pela implementação das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde. A rede de atenção básica encontra-se, praticamente em sua totalidade sob gestão municipal e a rede de media e alta complexidade tende a seguir o mesmo rumo, na medida em que se consolide o processo de regionalização no âmbito estadual. O MS somente mantêm a gerencia direta de 5 unidades hospitalares no Rio de Janeiro e do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, sendo que a imensa maioria foi transferida para gestão estadual ou para a gestão municipal nos municípios que assumiram a Gestão Plena do Sistema. Uma análise das tendências com relação ao financiamento dessas redes revela que, apesar do gasto com serviços de média e alta complexidade continuar se elevando, a proporção de recursos que passou a ser destinada à atenção básica tem crescido mais rapidamente, apontando a possibilidade de vir a se constituir um relativo equilíbrio, necessário para a garantia da qualificação e adequação da oferta de serviços básicos às necessidades e demandas da população das diversas regiões, estados e municípios (Tabela 1, anexo).

Do ponto de vista organizacional, cabe destacar que a imensa maioria de municípios que ingressaram na Gestão Plena da Atenção Básica são induzidos a cumprir o Pacto de Indicadores, o que significa investir na reorientação do perfil de oferta de serviços de modo a contemplar a execução de ações de vigilância em saúde e de assistência a grupos populacionais priorizados em função do mapeamento dos problemas e riscos epidemiológicos ao nível municipal, estadual e nacional. Evidentemente que o grau de desenvolvimento desse processo é bastante heterogêneo nas diversas regiões e estados do país, o que reflete as condições existentes do ponto de vista gerencial, técnico e operativo, o que, inclusive, constitui um desafio adicional para as Secretarias Estaduais de Saúde, que se encontram, em sua maioria, vivendo um processo de revisão da sua missão, isto é, de suas funções e competências com relação á gestão e organização do sistema, dentre as quais sobressai a necessidade de se qualificarem para a cooperação técnica com os municípios das diversas micro-regiões do estado.

Do ponto de vista operacional, conforme citado anteriormente ao nos referirmos aos resultados alcançados pela estratégia de Saúde da Família, é forçoso admitir que ainda não ocorreram mudanças significativas na direção da sonhada "reversão" do modelo de atenção à saúde, de modo a que venha a privilegiar as ações de promoção e vigilância, redefinindo as ações de assistência. Tudo o que se vem fazendo, de certo modo significa a racionalização do modelo hegemônico, na medida em que amplia a oferta de serviços básicos, permitindo, em algum grau, a reorientação do fluxo da demanda aos serviços de média e alta complexidade, paralelamente à intensificação de ações de epidemiologia e controle de doenças que no máximo conseguem reduzir as insuficiências historicamente acumuladas

no âmbito das ações de saúde pública, ao tempo em que tentam modernizar as práticas de vigilância em saúde para dar conta dos novos e velhos desafios epidemiológicos decorrentes da específica situação sanitária da população.

Correndo o risco de parecer pessimista, cabe concluir que, apesar dos esforços realizados e dos avanços alcançados, a mudança operada na organização dos serviços e no perfil das práticas de saúde apenas "arranha" a superfície do modelo hegemônico. Desse modo, apesar do aumento extraordinário na produção de serviços básicos, cabe reconhecer que no geral o perfil de oferta de serviços revela a reprodução, em escala ampliada, do modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico (Tabela 2, anexo). E ainda que isso evidencie o atendimento a uma demanda reprimida historicamente, pela insuficiência e ineficiência do sistema público, do ponto de vista da cobertura, acessibilidade, integração sistêmica e qualidade de atenção, expressando a garantia de um direito conquistado, também evidencia o quão distante estamos ainda de um sistema de serviços de saúde que opere segundo a lógica da intervenção sobre determinantes, riscos e danos, nesta ordem de prioridades, e não, o contrário, como continua a acontecer.

Apesar dessas dificuldades, pensamos que o Brasil tem hoje, a oportunidade histórica de avançar na efetivação de uma política de saúde e na organização de um sistema público de serviços de saúde que represente de fato, uma inovação do ponto de vista do modelo de atenção, ou seja, do ponto de vista da direcionalidade do processo de mudança no conteúdo das práticas de saúde. Por conta da complexidade dos desafios e considerando a heterogeneidade de situações existentes nas diversas regiões, estados e municípios, pode-se reanimar a utopia e acreditar que, da diversidade dos sujeitos políticos envolvidos

nesse processo de reforma, dos estudos e pesquisas sobre os problemas e necessidades de saúde da população, da experimentação de alternativas e da construção do novo, pode ser que o SUS venha a tornar-se não somente o "maior sistema público de saúde do mundo", mas o cenário de uma mudança que aponte saídas criativas para a crise em que continuamos imersos. Mais que isso, exige a identificação e aprofundamento da análise dos desafios atuais, de modo a que se encaminhar propostas de mudança que não reproduzam, em outro patamar, as condições favoráveis à manutenção dos modelos que se pretende transformar.

Notas

[1] Termo com que, contemporaneamente, tem se designado a forma de organização dos serviços e o modo de organização das práticas de saúde.

[2] Capitulo Saúde da Constituição Federal de 1988 e Leis 8080 e 8142, de 1990.

[3] Termo cunhado por Ivan Illich, referido ao processo de transformação de necessidades e carências geradas na esfera de produção e reprodução da vida, em necessidades de serviços de saúde, especialmente em demanda por serviços de atenção médica, o que reflete uma perda da autonomia dos sujeitos diante da sua própria vida, uma perda da capacidade de ser normativo, para usar a terminologia de Georges Ganguillem, em "O normal e o patológico".

[4] Informações do SIAB, referentes a 2004 indicam que se alcançou o número de 195.659 Agentes Comunitários de Saúde, atuando em cerca de 5.196 municípios do país, contando-se com 21.609 Equipes de Saúde da Família, espalhadas em 4.769 municípios e 8.630 Equipes de Saúde Bucal, implantadas em 3.121 municípios. Ver mapa anexo.

[5] Com recursos previstos na ordem de 550 milhões de dólares para os próximos 6 anos (Leal, 2002).

[6] Reino Unido e França, por exemplo.

[7] Esse segmento consome cerca de 100 milhões de dólares por ano do orçamento do SUS

Referências

ALMEIDA, C. M. *Os atalhos da mudança na saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: OPS/OMS, 1989. 119 p.

ARAÚJO, E.; TEIXEIRA, C.F. Distritalização dos serviços de saúde na Bahia: momentos e perspectivas. Encontro Ítalo-Brasileiro sobre Reforma Sanitária, Salvador, Bahia, 1990.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, São Paulo, 1975.

BRASIL. MS. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. *Anais.* Brasília, DF, 1986. p.381-389.

BRASIL, MS. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Construindo um modelo de atenção à saúde. *Anais.* Brasília, DF, 1996.

BUSS, P. Promoción de la salud y la salud pública. Rio de Janeiro, julio de 2000, 203 p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança; revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. *In:* CECÍLIO, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECÍLIO, L. (org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994. 334 p.

COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA. Relatório do grupo de trabalho sobre organização do sistema único de saúde. Brasília, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE . 11ª CNS: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à Saúde, com controle social. *Relatório final.* Brasília, DF. Dezembro de 2000.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial. *Cadernos Saúde da Família*, v. 1, n.11, p.13-15, 1996.

DONNANGELLO M. C. F. Saúde e sociedade. Duas cidades. São Paulo, SP, 1976.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1987.

FERRAZ, S. T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil, *Saúde em Debate*, Londrina, Paraná, n.41, p. 45-49, 1993.

FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis:* uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999. 103p.

FLEURY, S. M. (org.) *Reforma sanitária:* em busca de uma teoria, São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989. 232 p.

FLEURY TEIXEIRA, S. M. Cidadania, direitos sociais e estado. *In:* 8ª CNS. *Anais*, Brasília, DF, 1986. p. 91-112.

FLEURY, S M.(org.) *Projeto Montes Claros:* a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 262 p.

FLEURY, S. M. (org.) *Saúde e democracia:* a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 324 p.

KADT, E.; TASCA, R. *Promovendo a equidade:* um novo enfoque com base no setor da Saúde. São Paulo: HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde. Salvador, 1993. 107 p.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. Editora Mc Graw–Hill do Brasil Ltda, 1987. 744 p.

LEAL, P. R. M. Grandes cidades, grandes desafios. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, ano ii, n. 6, Brasília, dezembro de 2002.

MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. 300 p.

MENDES, E. V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, n. 10, OPS, Brasília, p. 7-19, 1993.

MENDES, E. V. (org.) Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário. *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, OPS, Brasília, n. 13, 109 p, 1994.

MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e História:* as raízes sociais do trabalho médico. Departamento de Medicina Preventiva da USP (Dissertação de mestrado), 1979.

MENDES - GONÇALVES, R. B. *A organização tecnológica do trabalho em Saúde.* Departamento de Medicina Preventiva da USP (Tese de doutoramento), 1986.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In:* CECÍLIO, L. (org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994. p.117- 160.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família:* uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 2. ed. 1998. 36 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil.* Brasília, DF, 2002. 211 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *A reforma da atenção hospitalar brasileira.* Brasília, DF, 2004.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. *(Im) Previdência Social:* 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1979.

OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate.* Washington D. C., Publicación científica, n. 540, 1992. 273 p.

OPS. *Sobre la teoria y práctica de la salud pública:* un debate, múltiples perspectivas. Washington, D. C. Série Desarrollo de Recursos Humanos n. 98, 1993. 268 p.

OPS/OMS. Promoción de liderazgo y formación avanzada en Salud Pública: la prestación de servicios de salud. *Educación Médica y Salud.* Washington, D. C., n. 26, v.3, p. 293-425, julio-septiembre, 1992.

OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La Administración Estratégica, Washington, D. C., 1992. 160 p.

PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. *saúde, crises e reformas.* Salvador: UFBA. PROED, 1986. p. 151-183.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Seminário nacional de Vigilância epidemiológica, *Anais*. MS. FNS. CENEPI, Brasília, 1-4 de dezembro de 1992. p. 93-144.

PAIM, J, S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. *In:* MENDES (org.) *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeito: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In:* ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994b. p. 455-466.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira *In:* FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde *In:* ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & saúde*, 5. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p.489-503.

PAIM, J. S. *Saúde, política e reforma sanitária.* Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: CEPS, 2002. 447 p.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. *In: Saúde no Brasil:* contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Ministério da Saúde, DECIT, Brasília, 2004. p. 15-44.

SCHRAIBER, L. (org.) *Programação em saúde hoje.* São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1990. 226 p.

TASCA, R. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. *In:* MENDES,E.V. *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

TEIXEIRA, C. F. Serviços de saúde: revisão conceitual e visão panorâmica da situação no Brasil. *Revista Baiana de Enfermagem,* v. 7 n.1/2, abril/outubro, p. 162-180, 1994.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. *In:* MENDES, E. V. (org.) *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 237-265.

TEIXEIRA, C. F. A construção social do planejamento e programação local da vigilância à saúde no distrito sanitário. *In:* MENDES, E. V. (org.) Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário, OPS. *Série Desenvolvimento de serviços de saúde*, Brasília, n.13, p.43-59, 1994.

TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção.* Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/ Casa da Qualidade Editora, 2000. 115 p.

TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. (orgs.) *Construindo distritos sanitários:* a experiência da cooperação italiana em saúde no município de São Paulo. São Paulo/ Salvador: HUCITEC/CIS, 1995.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.7, n.2, CENEPI/MS, Brasília, DF, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública.* São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v.34, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.18 (suplemento), p.153-62, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, ed. especial, Brasília, Ministério da Saúde, ano V, n. 7, p.10-23, 2004.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. *In:* MENDES (org) *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

Quadro 1. Temas e fatos relacionados com a construção de alternativas ao modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil

Período	Temas em debate	Fatos significativos
1975-1986	Movimentos ideológicos de reforma em saúde: Medicina preventiva, Medicina Comunitária Evolução histórica da política de saúde no Brasil: assistência médica previdenciária; campanhas e programas de saúde pública Crise da Previdência Social (1981) Democratização da saúde (1976-1979); proposta de criação do SUS (1979) Cidadania e direito à saúde (1984– 1986)	Lei 6229: Sistema Nacional de Saúde (1975) Criação do CEBES (1976) Criação do SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Projetos experimentais (Montes Claros/MG, Londrina/PR, etc) Programas de Extensão de Cobertura (PECS, PIASS) (1975-1979) Ações Integradas de Saúde (1982-1985) Fortalecimento do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)
1987 - 1989	Estratégias de unificação e descentralização do sistema de saúde Sistemas Locais de Saúde: princípios e diretrizes organizacionais	Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS Criação e desenvolvimento de Distritos Sanitários (Bahia, Ceará, Paraná, Rio Grande do Norte, São Paulo, etc.)
1990- 2000	A epidemiologia na organização dos serviços de saúde Vigilância da Saúde: concepção restrita e ampliada *Saúde da Família: "estratégia de mudança do modelo de atenção"?* Promoção da Saúde	Legislação orgânica do SUS (Leis 8080 e 8142/90) 9ª CNS: Municipalização é o caminho (1993) Implantação das Normas Operacionais Básicas: municipalização das ações e serviços de saúde 10ª CNS: Construindo um Modelo de atenção à saúde (1996) 11ª CNS: Efetivando o SUS com qualidade, efetividade e humanização do atendimento (2000)
2001 – 2005	Avaliação e qualificação da atenção básica Educação permanente em saúde Vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental)	NOAS 2001/2002: Regionalização da assistência à saúde. PROESF VIGISUS II 12ª CNS. Reforma hospitalar do SUS

Tabela 1: Série histórica dos recursos federais despendidos mensalmente para o custeio da atenção à saúde no SUS. Brasil, 2000-2004*

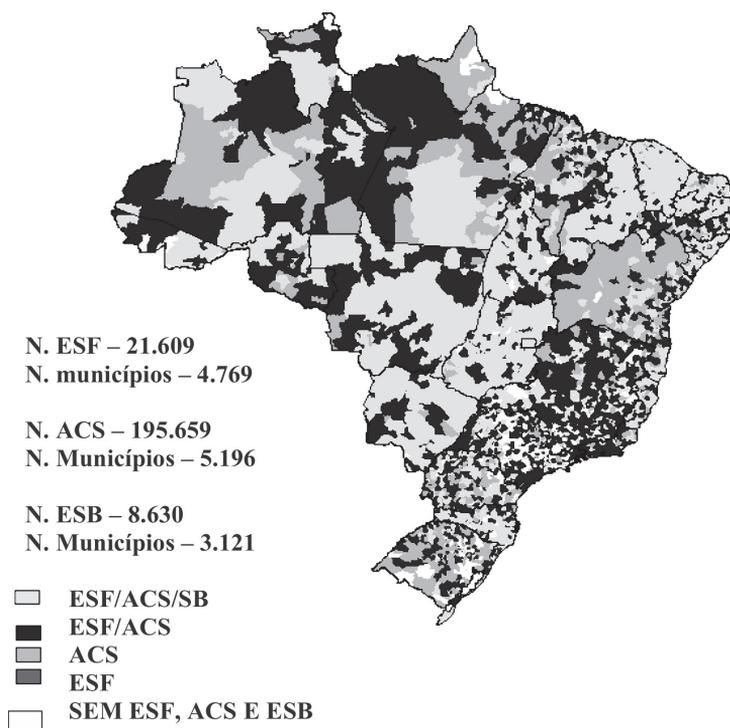
	2000	2001	2002	2003	2004
Média e alta complexidade	780.042.160,10	889.718.751,63	927.646.560,39	980.223.521,40	995.554.134,19
Atenção Básica	254.518.065,41	302.008.638,64	332.550.336,92	376.687.592,54	416.762.308,44
Ações estratégicas	197,67	11.259.464,51	50.670.760,55	103.277.523,83	129.935.805,77
Total despendido	1.034.560.423,17	1.202.986.854,78	1.310.867.657,86	1.460.188.637,78	1.542.252.248,39

Fonte: TABNET/SAS/MS.
*Estimativa anual com base nos valores registrados no 1º semestre de 2004.

Tabela 2: Série histórica de indicadores do SUS. Brasil, 1995-2003

INDICADORES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Percentual (%) 2003/1995
Cobertura populacional por ACS (*)	----	----	----	20,2	30,7	40,4	45,1	50,8	53,2	55,2	___
Cobertura populacional por ESF (*)	----	----	----	4,4	7,1	15,7	22,1	30,4	34,2	37,9	___
Cobertura populacional por ESB (*)	----	----	----	----	----	----	5,3	13,1	17,5	23,8	___
por hab./ano	2,2	2,2	2,3	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,6	__	18,2
N. de exames patologia por 1.000 hab./ano	1.109,15	1.155,74	1.220,01	1.286,83	1.353,57	1.451,67	1.540,28	1.600,36	1788,13	__	61,2
N. de exames de imagem por 1.000 hab./ano	215,23	219,84	232,00	242,08	253,50	249,21	264,86	278,99	309,26	__	43,7
N. de exames de mamografia por 1.000 hab./ano	4,0	4,6	5,4	6,2	7,0	7,9	8,8	10,8	12,5	__	212,5
N. de exames de ultra-sonografia por 1.000 hab./ano	30,9	31,7	32,1	34,4	38,6	42,3	45,9	51,0	57,7	_	86,7
N. de exames de por 1.000 hab./ano	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,4	0,5	0,6	0,8	__	700
N. de procedimentos de quimioterapia por 1.000 hab./ano	3,2	3,4	3,6	3,5	3,6	4,6	5,5	6,1	7,3	__	128,1
N. de procedimentos de radioterapia por 1.000 hab./ano	28,9	30,9	30,8	29,2	27,5	29,2	31,1	31,5	36,3	__	25,6
N. de procedimentos de hab./ano	21,7	24,4	26,2	29,1	32,9	35,5	38,2	39,3	44,9	__	106,9
N. de cirurgias de varizes por 1.000 hab./ano	0,19	0,16	0,14	0,15	0,23	0,35	0,39	0,53	0,57	__	200
N. de cirurgias de catarata por 1.000 hab./ano	0,76	0,81	0,82	0,86	1,8	1,34	1,55	1,83	1,82	__	139,5
N. de cirurgias de alta complexidade em cardiologia por 1.000 hab./ano	0,33	0,34	0,35	0,36	0,38	0,43	0,47	0,48	0,54	___	63,6
N. de cirurgias de alta complexidade em neurocirurgia por 1.000 hab./ano	0,0	0,0	0,0	0,02	0,38	0,57	0,63	0,66	0,72	__	3500
N. de cirurgias de alta complexidade em ortopedia por 1.000 hab./ano	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,06	0,07	0,10	__	233,3
N. de transplantes realizados por 1.000 hab./ano	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	__	66,7

Fonte: TABNET/SAS/MS e IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional. * Fonte: SIAB – Situação em julho de cada ano referido

Situação de implantação de equipes de Saúde da Família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde

Fonte: Sistema de Informação da Atenção

Gestão do processo de implantação do programa de saúde da família no município de Vitória da Conquista, Bahia, 1998–2002

Carmen Fontes Teixeira
Jorge J. S. Pereira Solla

Introdução

O sistema de saúde brasileiro vem passando por um amplo processo de reforma, cujos antecedentes remontam ao processo de redemocratização do país na década de 80. Nesse contexto ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde se consolidou a proposta da Reforma Sanitária Brasileira, base conceitual e doutrinária que subsidiou a elaboração do novo arcabouço jurídico-político (Constituição, Leis Orgânicas da Saúde) e o processo de reforma institucional desencadeado com a implantação do Sistema Único de Saúde a partir de 1990.

Na nova Constituição o conceito de saúde foi assumido de forma ampliada (incorporando-o enquanto qualidade de vida), a saúde passou a ser entendida como direito social universal,

direito de cidadania, as ações e serviços de saúde foram caracterizados como de relevância pública e foi definida a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado com mando único em cada esfera de governo e incorporando entre os seus princípios as idéias de universalização, regionalização, hierarquização, descentralização e democratização (MENDES, 1994).

A viabilidade da reforma sanitária foi sendo construída através de três caminhos: um legislativo-parlamentar, que traçou as bases jurídicas, um sóciopolítico, buscando envolver a sociedade civil e suas organizações na luta pela saúde e na efetivação dos espaços de controle social, e outro institucional, concentrado na implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SILVA JÚNIOR, 1998).

Durante os últimos 12 anos, esse processo vem tomando como diretrizes básicas a descentralização da gestão e a reorientação da atenção à saúde, em um contexto marcado por dificuldades no financiamento e na condução política do processo, notadamente na primeira metade dos anos 90 (LEUCOVITZ LIMA; MACHADO, 2001).

Progressivamente, foi ganhando relevância a discussão sobre modelos de atenção à saúde. Ao esforço de descentralização do sistema de saúde é associado outro para implantação de mudanças na forma concreta de operacionalizar a atenção à saúde aos munícipes, em especial, onde foi assumida a gestão plena do sistema municipal de saúde (PAIM, 1999).

A partir de 1996 intensifica-se a descentralização, com repasse progressivo da gestão do sistema de saúde para o nível municipal, e altera-se significativamente os mecanismos de financiamento da atenção básica, ao tempo em que se impulsiona a implantação

do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1996).

O Programa de Saúde da Família – PSF, criado no contexto de expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, constitui, juntamente com este, a chamada "estratégia de Saúde da Família", colocada em marcha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil com o propósito de garantir a extensão de cobertura dos serviços básicos de saúde a uma parcela significativa da população anteriormente excluída do consumo. Esses programas vêm sendo desenvolvidos no contexto da municipalização da gestão do sistema público de saúde, processo regulado por Normas Operacionais emanadas do Ministério da Saúde (NOBS 001/93, 001/96 e NOAS, 2001/2002), as quais definem critérios para a transferência de recursos financeiros e apoio técnico-operacional à implantação de ações consideradas "estratégicas' para a reforma do sistema, inclusive as ações de Saúde da Família.

Nessa perspectiva, o PSF coloca-se no cenário político-institucional da Saúde tanto como um "programa vertical" elaborado pelo Ministério da Saúde e implementado no âmbito estadual e municipal como expressão da política de "focalização" das ações básicas em populações pobres, quanto aparece, para alguns atores, como uma "estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde", na medida em que sua implantação pode propiciar não somente o atendimento das necessidades básicas de saúde, mas, fundamentalmente, uma reorientação da demanda aos serviços de média e alta complexidade, contribuindo para o alcance da integralidade da atenção, um dos princípios e diretrizes da reforma do sistema de saúde brasileiro.

Diante dessa dupla perspectiva, o processo de implantação do PSF nos diversos municípios pode adquirir distintas configurações a depender da correlação de forças político-institucionais, suas concepções e interesses, suas posições e ações diante do Programa, tanto no âmbito municipal quanto nas relações intergovernamentais, entre o governo municipal e os governos estadual e federal. Alguns estudos apontam que o processo de implantação do Programa de Saúde da Família vem estimulando, em vários municípios, a articulação de distintos atores, governamentais e não governamentais, em torno da criação de condições político-institucionais para a implantação e consolidação do trabalho das equipes de saúde do Programa (VIANA; DAL POZ, 2000).

O município de **Vitória da Conquista, Bahia**, no qual o PSF vem sendo implantado desde 1998, constitui-se um exemplo de prática bem sucedida de formação de alianças efetivas entre os gestores locais, os técnicos das organizações externas à saúde, as associações comunitárias e outros agentes ou atores no processo de implantação e gestão do Programa. De fato, não apenas na área de saúde, senão que no âmbito das políticas sociais implantadas no município, Vitória da Conquista vem acumulando prêmios concedidos por organizações governamentais e não governamentais, em reconhecimento aos esforços e aos resultados alcançados nos últimos anos principalmente nas áreas de educação básica, assistência social a crianças e adolescentes em situações de exclusão e pobreza, estímulo à participação cidadã na gestão pública, através do "orçamento-participativo" e Conselhos em diversas áreas, inclusive na área de Saúde, onde o desempenho da Secretaria Municipal de Saúde tem sido objeto de reconhecimento e projeção nacional.

Considerando a relevância dessa experiência e a possibilidade do seu estudo oferecer elementos importantes para a reflexão e aprendizado no âmbito de cursos de formação de gestores de políticas e programas sociais, foi desenvolvido um estudo de caso em Vitória da Conquista, com o objetivo de identificar e discutir as características do processo de implantação e gestão do programa, levando em conta, especificamente, a percepção dos diversos atores envolvidos acerca do significado do PSF no âmbito da política de saúde municipal e sua visão acerca das posições políticas dos diversos atores com relação ao Programa.

Vitoria da Conquista: polo regional de educação e saúde

Vitória da Conquista está localizado na micro-região do Planalto de Conquista, no Sudoeste da Bahia, estando incluído no "polígono da seca", grande área territorial do Nordeste brasileiro, de clima semi-árido, com baixa precipitação pluvial ao ano. Tem uma área territorial de 3.743 km2 distribuída em 12 distritos. Apresenta grandes variações climáticas, devido a sua altitude, que, em alguns lugares, chega a atingir mais de 900 metros, com temperatura média anual em torno de 16 graus centígrados.

A população do município, segundo o ultimo censo (2000) atinge cerca de 262 mil habitantes, distribuídos entre a sede (que concentra aproximadamente 85% do total) e os 284 povoados existentes na zona rural dos 12 distritos (Quadro 1). A localização territorial de Vitória da Conquista, onde se situa o entroncamento de várias rodovias, torna o município um pólo de atração

para uma corrente migratória que abarca cerca de 80 municípios das regiões circunvizinhas.

Quadro 1: População residente na Bahia e em Vitória da Conquista-2000.

Unidades da Federação e Municípios	Código da UF e Município	População residente						Taxa de crescimento anual (3)
		1996 (1)	2000 (2)					
			Total	Homens	Mulheres	Urbana	Rural	
Bahia	290000	12.541.675	13.070.250	6.462.033	6.608.217	8.772.348	4.297.902	1.03
Vitória da Conquista	293330	242.155	262.494	127.636	134.858	225.545	36.949	2.05

Fontes: IBGE, Contagem da População 1996 e Censo Demográfico 2000.
(1) IBGE, Contagem da População 1996 (2) IBGE, Censo Demográfico 2000
(3) Taxa média geométrica de incremento anual da população brasileira.

O município de Vitória da Conquista é um pólo comercial importante, cujo desenvolvimento remonta aos anos 40 quando ocorreu a abertura da rodovia "Rio-Bahia" principal via de transporte terrestre entre as regiões Nordeste e Sudeste do país. A economia também assenta-se na produção agrícola e pecuária, destacando-se o cultivo da mandioca, milho, feijão e algodão, bem como a criação de gado bovino, ovino e suíno. A partir dos anos setenta foi implantada a produção agro-industrial de café.

Atualmente, o setor terciário, de produção de serviços, é o mais dinâmico, sendo o maior gerador de empregos, constituindo cerca de 50% da renda total do município. Destaca-se a prestação de serviços nas áreas de educação e saúde, pelo fato de Vitória da Conquista sediar uma Universidade Pública Estadual, a Universidade do Sudoeste da Bahia, três instituições

privadas de ensino superior e um total de 330 estabelecimentos de ensino fundamental, públicos e privados.

No setor saúde, Vitória da Conquista é um pólo regional de prestação de serviços que atualmente exerce uma influência em uma área territorial e populacional que abarca cerca de 1 milhão de habitantes (cerca de 80 município de pequeno e médio porte das regiões circunvizinhas). Além da expansão da atenção básica, que tem como eixo, desde 1998, a implantação do PSF, Vitória da Conquista é um centro regional de prestação de serviços médicos especializados, tanto ao nível ambulatorial quanto hospitalar, contando com um conjunto de estabelecimentos públicos, vários dos quais implantados nos últimos 5 anos, além de estabelecimentos privados atualmente sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Para se ter uma idéia do perfil de oferta dos serviços de média e alta complexidade, cabe registrar a implantação do Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE), que oferece atualmente mais de 10.000 consultas/mês, em várias especialidades[1] além de 2.000 procedimentos de fisioterapia e mais de 1.000 de diagnose em Cardiologia e Gastroenterologia. Outras 3 (três) especialidades são oferecidas através de serviços privados contratados: Ortopedia, Angiologia e Oncologia; além de Neonatologia, através do Hospital Municipal Esaú Matos. Estão em funcionamento centros de referência em DST/AIDS, Pneumologia e Dermatologia Sanitária, Laboratório de Análises Clínicas totalmente automatizado (contando com 23 postos de coleta), serviço de média complexidade em Odontologia e Centro de Estudos e Atenção às Dependências Químicas.

A atenção hospitalar é prestada em nove hospitais integrados à rede SUS, 3 (três) hospitais públicos (sendo 1 municipal e 2 estaduais), 1 (um) filantrópico (da Santa Casa de Misericórdia)

e 5 (cinco) hospitais privados contratados. Destes hospitais, 3 (três) são hospitais gerais (clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica), 1 (um) psiquiátrico (público estadual), 1 (um) materno-infantil, obstétrico e com oferta de cirurgias eletivas (Hospital Municipal Esaú Matos), 2 (dois) são exclusivamente pediátricos, 1 (um) obstétrico e com oferta de cirurgias eletivas e 1 (um) com internações em clínica médica e cirurgias eletivas. Conquista dispõe da segunda maior oferta de leitos hospitalares na rede SUS no Estado da Bahia.

Política municipal de saúde: o papel do PSF

O governo municipal em Vitória da Conquista foi assumido, a partir das eleições realizadas em outubro de 1996, por uma coligação de partidos "progressistas", liderada pelo Partido dos Trabalhadores - PT, ao qual é filiado o prefeito eleito, o médico Guilherme Menezes, reeleito nas eleições municipais de 2000, o qual renunciou, em abril de 2002, para candidatar-se a deputado federal, passando o cargo para o vice-prefeito José Raimundo Fontes.

A administração municipal no período 1997 a 2002 caracterizou-se pelo esforço de por em prática os princípios da transparência administrativa, a inversão de prioridades em favor dos grupos sociais postergados, o estímulo à participação popular e o trabalho em parceria, buscando fomentar a co-responsabilidade social.

Análises realizadas pelos dirigentes envolvidos diretamente com a administração do município neste período apontam as iniciativas para a recuperação e desenvolvimento da capacidade de governo no âmbito municipal, incluindo o "saneamento" das

finanças públicas, com o pagamento das dívidas acumuladas pelas administrações anteriores e o desencadeamento de uma série de ações voltadas à recuperação e ampliação da oferta de serviços básicos à população do município, incluindo serviços de saneamento e habitação, creches e escolas dirigidas à população infantil de baixa renda e serviços básicos de saúde voltados ao atendimento das necessidades prioritárias.

A implantação do Programa de Saúde da Família

Especificamente no que diz respeito à Política de Saúde, a administração municipal passou a tratar o processo de Municipalização da Saúde como prioridade, buscando criar condições políticas e financeiras para o enfrentamento da precária situação do sistema municipal de saúde, em 1997. Para isso foi elaborado o Plano Municipal de Saúde, através de fóruns populares coordenados pelo Conselho Municipal de Saúde. O Plano Municipal de Saúde, 1998-2001 teve como premissas a mudança na estratégia de intervenção sobre os problemas de saúde, com a reorientação do modelo assistencial e a descentralização das ações de saúde, sendo que a atenção à saúde da família, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), foi eleita como estratégia prioritária.

Em fevereiro de 1998 Vitória da Conquista conseguiu habilitar-se na Gestão Plena da Atenção Básica, passando a receber os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para atenção básica à saúde (PAB[2]) que anteriormente estavam, em sua mai-

oria, alocados aos prestadores de serviços privados e unidades hospitalares da Secretaria Estadual de Saúde.

A partir da habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica a gestão municipal decidiu realizar toda a atenção básica na rede pública municipal, não contratando nenhum tipo de prestador de serviços para tal finalidade, priorizando a estratégia de atenção à saúde da família para a reorganização e expansão da rede pública[3]. Contando com assessoria do Dr. Davi Capistrano Filho (ex-Secretário Municipal de Saúde e ex-prefeito de Santos/SP, e na ocasião Coordenador do Projeto QUALIS – São Paulo), iniciou-se a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a primeira seleção de agentes ocorrendo em abril de 1998, sendo, em seguida, implantado o Programa de Saúde da Família em setembro do mesmo ano, com 05 (cinco) equipes na área urbana, cada uma contando com um médico, um enfermeiro, um odontólogo, três auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, auxiliares administrativos, auxiliares de limpeza e serviços gerais e vigilantes. Para a construção das primeiras USF o município contou com emendas parlamentares de deputados do PT que asseguraram recursos financeiros para viabilizar duas delas.

Em abril de 1999 foi realizada a IV Conferência Municipal de Saúde, com participação de quase 4 mil pessoas nas pré-conferências e definição das diretrizes a partir das quais foi estabelecida a política de saúde empregada na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Estas definições aprovadas na IV Conferência e o intenso processo de participação na mesma fortaleceram a administração municipal na implantação das mudanças necessárias na gestão do SUS, ampliando a base de aliados neste processo. Todas as áreas que tinham equipes do

PSF em atividade realizaram pré-conferências com a população e entre as resoluções da Conferência figuraram a ampliação do Programa de Saúde da Família no município com implantação de novas equipes.

A área coberta pelo Programa de Saúde da Família foi aumentada depois que o município foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde[4] (outubro/1999). Assim, entre dezembro de 1999 e março de 2001, foram implantadas mais 25 (vinte e cinco) equipes, sendo 13 (treze) na zona urbana e 12 (doze) na zona rural. Com este processo todos os distritos da zona rural passaram a contar com equipes do PSF, sendo que dois deles contam, cada um, com duas equipes. (Anexo 2). Recentemente, (abril/2002), foi implantada mais uma equipe na zona urbana, em uma área que já estava coberta por equipes do PSF, mas, em função de grande crescimento populacional encontrava-se com um grande número de famílias por equipe. O Gráfico I apresenta a evolução no número de equipes do PSF em atividade em Vitória da Conquista desde o início da implantação até a presente data .

Ações desenvolvidas pelas equipes dos Programas de Saúde da Família

As 31 (trinta e uma) equipes de saúde da família atualmente em atividade atendem um total de 34.588 famílias, correspondendo a aproximadamente 54,4% das famílias registradas pelo IBGE no último censo no município. Contudo, empregando a média de 3.450 pessoas por equipe do PSF (conforme parâmetro empregado pelo Ministério da Saúde e a população

estimada pelo IBGE para o ano 2001) a cobertura atual do Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista seria de 40,03%.

Nas áreas de abrangência das equipes do Programa de Saúde da Família as ações desenvolvidas incluem um leque de ações básicas[5], com cobertura integral em todas as famílias cadastradas pelos agentes comunitários em sua respectiva área de abrangência, As famílias que residem em áreas ainda não cobertas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) têm acesso a atenção básica oferecida em 6 (seis) unidades básicas de saúde, onde atuam médicos (pediatras, clínicos e toco-ginecologistas), enfermeiros, odontólogos e outros profissionais, sendo que cada uma delas tem área de abrangência definida com população adstrita e conselhos locais de saúde. Alguns bairros que ainda não contam com equipes do PSF têm cobertura de

Gráfico 1

agentes comunitários de saúde que desenvolvem suas atividades sob supervisão de enfermeiros lotados em unidades básicas de saúde. Em função das áreas territoriais selecionadas para implantação do PSF, a maior parcela da população ainda não coberta pelo Programa corresponde aos grupos populacionais de renda média e alta cujas moradias encontram-se em bairros residenciais localizados em áreas específicas.

Com a mediação da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados (CMC) as equipes do PSF asseguram a referência de seus pacientes que necessitarem atenção especializada e procedimentos diagnósticos nos serviços da rede SUS. Cada equipe tem uma cota mensal para utilizar com seus pacientes e caso necessite pode demandar a coordenação da CMC algum atendimento extra. Para os casos de urgência e emergência em que se fizerem necessário, as equipes podem solicitar apoio da Central de Ambulâncias para deslocar algum paciente para um dos Pronto-Socorros do SUS ou acionar o Serviço de Resgate e Atendimento Pré-Hospitalar, que possui inclusive uma UTI móvel com médico intensivista de plantão.

Todos os profissionais que atuam na estratégia de saúde da família (PACS/PSF) em Vitória da Conquista são contratados por uma organização não-governamental conveniada com a Prefeitura Municipal. A Associação de Apoio a Saúde Conquistense (ASAS) foi criada com participação de representantes de diversos setores da comunidade organizada, contando com associados oriundos do movimento sindical, entidades populares, profissionais de saúde, radialistas e igrejas, com a atual diretoria tendo sido eleita em dezembro/2001 (terceira diretoria desde sua criação em 1998).

Cabe registrar, também, que diversas áreas de abrangência das equipes do PSF têm se transformado em campos de prática e estágios de alunos dos cursos de graduação da Universidade Estadual do Sudoeste e da Residência em Saúde da Família, oferecida a profissionais da área de saúde pelo ISC/UFBA. Em função das parcerias estabelecidas pela SMS de Vitória da Conquista com estas instituições acadêmicas, todo o treinamento introdutório das equipes do programa é realizado pelo Pólo de Capacitação em Saúde da Família, que também se desenvolve cursos de especialização e atividades de educação à distância envolvendo profissionais do PACS e do PSF.

Finalmente, não se pode deixar de assinalar que o processo de implantação do PSF, na medida em que implica o reconhecimento da situação de saúde da população das diversas áreas de abrangência, envolvendo diretamente representantes dos diversos grupos sociais residentes nas áreas selecionadas, tem estimulado a formação de Conselhos Locais de Saúde, órgãos colegiados responsáveis pelo acompanhamento e avaliação permanente não só das atividades do Programa senão da atuação da SMS em suas áreas territoriais, subsidiando, inclusive, a atuação do Conselho Municipal de Saúde, sujeito coletivo do controle social do SUS no município. Em todos os distritos da zona rural a implantação do PSF foi precedida de reuniões com a comunidade local para discutir a proposta de trabalho e para apresentar a equipe que passaria a atuar na área.

Gestão da implantação do PSF: apoios e oposições

O processo de implantação do PSF em Vitória da Conquista, descrito em linhas gerais no item precedente, envolveu um conjunto heterogêneo de atores políticos e sociais cuja participação foi sendo desenvolvida e/ou redefinida ao longo do processo de implantação. De fato, partindo de uma iniciativa do Governo Municipal, através de sua Direção Executiva (Prefeitura), o processo de implantação do PSF contou com a adesão, imediata, de outros setores do Governo Municipal, especialmente, no próprio Executivo, através da Alta Direção da Secretaria Municipal de Saúde (Secretário e assessores diretos), além da Alta Direção das demais secretarias do governo municipal e do apoio de vereadores ligados ao Partido no governo (vereadores do PT), que, no início do processo de implantação eram minoria na Câmara Municipal.

A incorporação do PSF na agenda política do governo municipal

A decisão por assumir a responsabilidade sobre a gestão do sistema municipal de saúde e implantar o PSF fez parte da Agenda política do Governo Municipal desde o início do chamado "Governo Participativo", denominação dada à administração inaugurada com a eleição do prefeito Guilherme Menezes. A importância política concedida a este processo pela Alta Direção do Governo Municipal pode ser evidenciada na fala do ex-prefeito (Entrevista 1), e se expressou, para além da

retórica, no convite efetuado ao sanitarista Jorge Solla[6] para ser o Secretário Municipal de Saúde.

Do mesmo modo, o convite ao médico David Capistrano Filho, ex-secretário de Saúde do município de Santos e ex-prefeito de Santos, um dos fundadores do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira nos anos 70 e defensor intransigente do SUS e da municipalização, expressa o interesse político do Governo Municipal de Vitória da Conquista em implantar o SUS no município e desenvolver uma experiência que se diferenciasse do entorno, marcando a especificidade da administração municipal conduzida pelo Partido dos Trabalhadores.

O Prefeito Guilherme Menezes, quando diretor médico da Secretaria Municipal de Saúde em 1985, havia implantado, de forma pioneira, um programa de agentes rurais de saúde e outras importantes intervenções em saúde pública. Desenvolveu também uma parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) através da Residência em Medicina Social, com estágios de residentes no município. Em 1996, após eleito prefeito, visitou Santos (SP) a fim de conhecer o Sistema Municipal de Saúde desta cidade, podendo observar os avanços da atenção pública à saúde implantados naquele município em 8 anos de administração do PT.

Logo no primeiro ano como Prefeito, Guilherme retomou o trabalho com a UFBA, tendo como principais frutos a construção do Plano Municipal de Saneamento, com o aporte da Escola de Engenharia Sanitária, e a retomada da parceria com a Residência de Medicina Social do Instituto de Saúde Coletiva. Este curso de especialização tinha passado recentemente por um processo de mudança visando contribuir para a formação de profissionais para o Programa de Saúde da Família. A experiência profissional anterior do Prefeito, os resultados de ou-

tras administrações do PT na área de saúde (em especial a de Santos) e a influência de docentes e alunos da Residência em Medicina Social contribuíram para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no município.

O processo de implantação do PSF foi debatido no Conselho Municipal de Saúde (CMS), o qual definiu as áreas a serem priorizadas e o cronograma de implantação. Tais decisões não foram, na ocasião, unânimes no seio da administração, ocorrendo diversos questionamentos, em especial quanto ao custo do PSF. Também foram referidos como obstáculos a serem transpostos as dificuldades de ordem legal para a contratação dos profissionais do PSF nos marcos dos Planos de Cargos e Salários, regime jurídico e relações contratuais vigentes (Entrevista 2). A firme posição do Prefeito e do Secretário Municipal de Saúde (na ocasião Dr. Ademir Abreu Magalhães), com os apoios externos já referidos, garantiram sua implantação.

Vale ressaltar que o município de Vitória da Conquista colocava-se, com os resultados das eleições municipais de 1996 como um dos poucos municípios do Estado da Bahia a contar com uma administração conduzida por um Partido de oposição ao Governo estadual, majoritariamente ancorado na hegemonia do PFL - Partido da Frente Liberal.

Obstáculos enfrentados no processo de municipalização da saúde em Vitória da Conquista

A decisão do Governo Municipal de Vitória da Conquista em assumir a municipalização, inicialmente com a Gestão Plena da Atenção Básica e posteriormente com a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, não se deu, pelo exposto, em um

cenário favorável; pelo contrário, enfrentou resistências significativas, tanto no âmbito do Governo Estadual, quanto no âmbito municipal, especialmente por parte dos empresários privados da saúde no município. Estes tentaram junto ao Governo Estadual e ao Ministério da Saúde inviabilizar a municipalização do SUS em Conquista.

Desde agosto de 1998 o município de Vitória da Conquista tinha assegurado todos os requisitos necessários para assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Diversos entraves burocráticos foram criados pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) retardando em 14 meses este processo de municipalização. Para superar estas dificuldades foi possível contar com o apoio de diversos técnicos do Ministério da Saúde, da própria SESAB e de secretários municipais de saúde de outros municípios articulados através dos seus Conselhos Estadual e Nacional. Finalmente em outubro de 1999 o município entrou em Gestão Plena.

Antes da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde as principais características da atenção especializada e hospitalar em Conquista eram: inexistência de ações de controle, avaliação e auditoria; cobrança generalizada aos pacientes pela rede privada contratada; cobrança do SUS de procedimentos e internações não realizados; alteração de diagnóstico e procedimentos das internações; inexistência de critérios técnicos para contratação de serviços; e distorções na programação de oferta de serviços. Na ausência de gestão pública efetiva por parte do Governo Estadual sobre a rede de serviços especializados e hospitalares (responsabilidade do Estado antes da Gestão Plena Municipal) os prestadores privados contratados ditavam as regras que tinham interesse em adotar e não se submetiam às normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o Município realizou contratos emergenciais com os prestadores da rede SUS, por um prazo de seis meses. Em janeiro/fevereiro de 2000, desenvolveu-se um processo licitatório para contratação regular destes, a partir de abril do mesmo ano. Vitória da Conquista foi o primeiro município da Bahia a realizar um processo de licitação para compra de serviços de saúde junto a prestadores privados para a rede SUS. Os contratos emergenciais e os novos, após licitação, permitiram a correção de distorções evidenciadas na distribuição dos recursos e da oferta de serviços pelo SUS. A realização de licitação para contratação de serviços pelo SUS e a atuação do Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria, coibindo fraudes e cobranças, levou a um *lockout* de seis hospitais privados contratados pelo SUS, em fevereiro. Cabe destacar que estes seis hospitais são sócios entre si de um plano privado de saúde. Os profissionais e serviços oferecidos aos segurados deste plano eram os mesmos contratados pelo SUS. A administração municipal assegurou o atendimento à população através da rede pública e de hospitais filantrópicos (Santa Casa de Misericórdia), fez o enfrentamento nos meios de comunicação e com o suporte da procuradoria jurídica acionou na justiça os responsáveis pelo *lockout.* Após 12 dias de greve, retomaram as atividades assinando um acordo judicial, concordando com os termos estabelecidos pela licitação, pelo contrato de prestação de serviços, com as normas da auditoria e as ações de regulação e controle exercidos através da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados do SUS.

Foi implantado o Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria que acompanha as ações oferecidas pelos serviços da rede SUS, realiza as ações de regulação (principalmente através da Cen-

tral de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados), desenvolve auditoria e investiga denúncias feitas pela população. Em Vitória da Conquista deixou de existir a cobrança de taxas à população por parte dos serviços contratados/conveniados com o SUS, o que ocorria generalizadamente, antes da Gestão Plena Municipal.

Ampliação da base de apoio à política municipal de saúde

Na medida em que o processo de implantação do PSF e a municipalização da saúde foram sendo desenvolvidos e ampliados, novos atores foram se posicionando em torno da proposta e da prática do Programa de Saúde da Família. A base inicial de apoio ao processo de implantação do PSF contou, além dos dirigentes municipais (prefeito e secretários de saúde, administração e planejamento, procuradoria jurídica), com a participação de vereadores do partido do governo (PT), representantes dos sindicatos de trabalhadores reunidos no Fórum Intersindical Popular e diversas forças sociais ligadas às Igrejas. Conforme se pode inferir da entrevista realizada com o Vereador pelo PT, Alexandre Pereira, atualmente líder do Governo e Presidente da Câmara de Vereadores de Vitória da Conquista, as diversas forças sociais e políticas responsáveis pela eleição do prefeito Guilherme Menezes, em 1997, depositaram sua confiança na proposta governamental com relação à Saúde, apoiando, em princípio, a implantação do PSF.

Pode-se pensar que experiências anteriores bem sucedidas, como a do município de Santos - SP, administrado pelo PT no período em que David Capistrano foi Secretário de Saúde e

posteriormente Prefeito, tenham servido de inspiração para o apoio inicial dado à proposta do Governo Municipal. Além disso, cabe registrar que o programa, por suas próprias características, ao enfatizar a extensão de cobertura de ações básicas, dirigidas à populações de baixa renda, com ênfase na "humanização" do atendimento, aparece, na cena política, como uma resposta às necessidades e demandas da população mais pobre, que se mobilizou em apoio ao projeto político do Partido dos Trabalhadores.

À proporção que o PSF foi sendo implantado, foi se constituindo, além da base de apoio político mais geral ao Programa (enquanto parte do projeto governamental), uma base de apoio constituída por profissionais e trabalhadores de saúde agregados, progressivamente, ao gerenciamento do processo de implantação e à execução propriamente dita das atividades. Entrevistas realizadas com dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde, que constituem o staff do Secretário, apontam que o apoio ao PSF é bastante sólido, sendo que a principal motivação dos profissionais que trabalham direta ou indiretamente no Programa parece ser derivada do fato do PSF apresentar resultados "palpáveis" no curto prazo, seja em termos do aumento da acessibilidade da população aos serviços, seja, mesmo, em termos das relações estabelecidas com a população. (Entrevistas 5, 6, 7 e 18).

A maioria dos profissionais entrevistados revela sua satisfação com o PSF, chamando a atenção, especialmente, para a "aproximação" que o Programa produz entre a população e os serviços de saúde, o que, diga-se de passagem, não é apenas um efeito do aumento na produção de serviços, senão que, possivelmente, deriva das relações estabelecidas com a comunidade, seja através das visitas domiciliares realizadas pelos Agen-

tes Comunitários e outros profissionais da equipe, seja pela própria participação da população nas atividades desenvolvidas, particularmente as atividades de caráter coletivo – feiras de saúde, e outras ações de educação sanitária (Entrevistas 19, 20, 21, 22, 23, 31 e 32).

Observa-se assim, a ocorrência de um processo de interação entre as equipes e as famílias das diversas áreas de abrangência do PSF que produz uma "satisfação cruzada". De um lado, os dirigentes e profissionais de saúde apontam a extensão de cobertura promovida pelo Programa a partir do crescimento quantitativo das ações básicas realizadas nos distintos territórios, como fonte de satisfação com o trabalho realizado. Por outro lado, o fato da população passar a consumir os serviços, sendo atendida em suas necessidades básicas de saúde, ao tempo em que acede a espaços onde pode participar como cidadãos em defesa dos seus direitos, passa a se constituir em um processo de formação de sujeitos políticos que tendem a apoiar o PSF, e, em conseqüência, o Governo Municipal. Isto fica evidenciado nas entrevistas com representantes da população nos conselhos de saúde, lideranças de associações e sindicatos de trabalhadores e líderes religiosos locais (Entrevistas 8, 10, 17, 26, 27, 28, 33, 34 e 35).

Não é senão por efeito desse processo de dupla via que a maioria dos entrevistados, desde o Prefeito (Entrevista 30), passando pelos dirigentes da SMS e os trabalhadores das equipes do Programa, aponta, invariavelmente, a "população" como o maior aliado do PSF no município, sendo que muitos complementam tal observação comentando que o apoio da população deriva do seu grau de "esclarecimento" acerca do Programa, ou, nas palavras dos entrevistados, do esclarecimento acerca do "modelo de Saúde da Família".

Opositores ao "modelo" existem, e são identificados, especificamente, com a iniciativa privada, os empresários do setor, "grupos que tem interesse em manter a saúde, ou melhor, a doença, como uma empresa". Na luta política e ideológica pela construção do Sistema Único de Saúde e pela reorientação das práticas de atenção à saúde da população, a Saúde da Família é contraposta ao "modelo médico assistencial privatista", representado no município de Vitória da Conquista por donos de empresas médicas que prestam serviços de média complexidade, predominantemente voltados para atendimento de urgência e internações hospitalares, os quais, como referido anteriormente, foram responsáveis pelo *lockout* de 12 dias no início da implantação do Programa.

Além dos empresários privados da saúde, alguns entrevistados apontam como opositores os "políticos dos partidos de oposição" ao Governo Municipal, comentando que estes, em sua maioria, não acreditavam ser possível o desenvolvimento do sistema de saúde de Vitória da Conquista da forma como este tem se desenvolvido (Entrevistas 3 e 8). Curiosamente, um dos entrevistados, Paulo César Brito, vereador de um "partido de oposição" ao Governo Municipal e ex-Presidente da Câmara de Vereadores, refere apoiar o Programa, comentando que "sempre apóia os projetos de interesse da população" (Entrevista 9).

Esta posição, contudo, é incoerente com as posições que a Câmara assumiu quando contava com maioria contrária à atual administração municipal. Durante dois anos consecutivos a Câmara aprovou propostas de corte de recursos do orçamento municipal para o PSF, o que levou no final do ano 2000 a atrasar a liberação de salário dos profissionais do PSF por 30 dias, até que após pressão dos trabalhadores e de outros seg-

mentos sociais, a Câmara aprovou a suplementação orçamentária proposta pela Prefeitura, devolvendo parte dos cortes que haviam feito no orçamento. A aparente mudança de posição do vereador entrevistado revela, de certo modo, um "realismo político" presente na retórica dos oponentes, na medida em que se dão conta do significado que o PSF vem adquirindo, não só para os dirigentes e trabalhadores, mas sobretudo para a população.

Aliança estratégica: governo, população e profissionais de saúde

Com a expansão das áreas cobertas pelo PSF e ampliação do número de profissionais envolvidos, contratados através de uma associação (ASAS) que pactua com o Governo Municipal os contratos de trabalho, as condições de trabalho e remuneração, a base de apoio ao Programa passou a contar, ainda mais firmemente com os profissionais de saúde. Diferentemente do que ocorre em outros estados e municípios, onde se observa uma "precarização" das relações de trabalho entre determinadas instituições públicas e trabalhadores de saúde contratados através de cooperativas, a ASAS tem assegurado os direitos trabalhistas dos profissionais e trabalhadores do PSF, sendo um dos fatores, seguramente, mais fortes para a satisfação destes com sua inserção no Programa, como assinala um dos dirigentes da ASAS, o presidente do Sindicato dos Bancários de Vitória da Conquista, Antônio Eduardo Morais (Entrevista 8).

A proposta de contratação do pessoal do PSF pela ASAS surgiu do Dr. Davi Capistrano, propondo uma alternativa semelhante a que ele vinha trabalhando com o PSF (Projeto Qualis)

na cidade de São Paulo (SP). Através da ASAS, todos os profissionais são contratados de acordo com as normas da CLT tendo todos os seus direitos trabalhistas assegurados (férias, décimo terceiro salário, licença gestação,licença saúde, etc.) A ASAS trimestralmente presta contas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) dos recursos repassados pelo convênio. A ASAS foi reconhecida como OSSIP[7] e obteve título de utilidade pública aprovado em nível municipal, estadual e nacional, e recentemente (maio/2002) recebeu registro junto ao Conselho Nacional de Assistência Social. Da diretoria da ASAS fazem parte importantes aliados do PSF na cidade, sendo composta por empresários, radialistas, profissionais de saúde e sindicalistas.

Do ponto de vista da população, a julgar pelos relatos dos seus representantes, o motivo mais importante para a aceitação e legitimação do PSF enquanto proposta política decorre dos seus efeitos práticos, ou seja, a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde. Resultado diretamente relacionado com a priorização das áreas onde residem as populações mais carentes para a implantação do PSF (zona rural e periferia da zona urbana).

Não se pode deixar de ressaltar, também, que as ações de educação para a saúde desenvolvidas no âmbito do PSF podem estar contribuindo para a elevação da consciência do direito à saúde como direito de cidadania entre os representantes da população organizada e da própria população em geral, principalmente entre os "mais pobres", opção que ainda marca as ações do programa, em que pese os efeitos que outros processos gerenciais[8] desenvolvidos pela SMS tem tido sobre o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade. (Entrevistas 10, 17, 20, 26 e 27).

Outros atores sociais, a exemplo dos meios de comunicação de massa, representados nesse estudo por profissionais do rá-

dio que atuam em Vitória da Conquista (Entrevistas 11 e 12), bem como dirigentes e técnicos envolvidos com a Coordenação do programa ao nível estadual (Entrevista 13), dirigentes do Ministério da Saúde (Entrevista 36) ou com instituições acadêmicas que prestam cooperação técnica a exemplo da Universidade Estadual do Sudoeste (Entrevista 14) e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família (Entrevistas 15 e 16), engrossam o coro de vozes que apóiam integralmente o processo de implantação do PSF no município, e tentam ajudar com os meios de que dispõem, seja divulgando informações diretamente com a população, seja atuando na capacitação de pessoal, seja buscando agilizar os processos administrativos que demandam tramitação pelo nível estadual do SUS.

Com isso, pode-se considerar que o processo de implantação do PSF no município de Vitória da Conquista, ao tempo em que demandou apoios políticos para ser posto em marcha, veio a tornar-se, no curso da implantação, um dos eixos de um processo de acumulação de poder e de legitimação do projeto político do Governo Municipal, quiçá uma das intervenções mais bem sucedidas na realidade sócio-cultural e política de Vitória da Conquista, e talvez um dos resultados da administração liderada pelo ex-prefeito Guilherme Menezes que o qualifica a concorrer nas próximas eleições legislativas.

Gestão do PSF: participação popular e desempenho institucional

Além da descrição do processo de implantação do PSF é importante caracterizar a gestão cotidiana do Programa, espaço onde se configura mais claramente as estratégias e práticas de

apoio e/ou oposição ao que a Saúde da Família representa em termos de mudança na forma de organização das ações de saúde e instrumento da política de promoção da equidade no acesso da população aos serviços.

Atores, estrutura e processo gerencial

O processo gerencial do PSF envolve desde o Conselho Municipal de Saúde, onde se decidiu pela expansão do número de equipes do Programa, até os Conselhos Locais organizados na medida em que as diversas equipes foram sendo implantadas e o trabalho foi sendo desenvolvido em cada área de abrangência. O eixo desse processo é conduzido pela equipe de coordenação do Programa na Secretaria Municipal de Saúde, a quem cabe organizar e coordenar o processo de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes, bem como o treinamento e a capacitação dos diversos membros que vão sendo integrados ao trabalho cotidiano.

A Coordenação Municipal do PSF conta, no momento, com três enfermeiras (recrutadas entre os primeiros profissionais a atuarem nas equipes do PSF no município), um odontólogo (responsável pela Divisão de Saúde Bucal) e uma assistente social (encarregada de apoiar a organização dos conselhos de saúde). A coordenação assume todas as tarefas relativas à implantação das equipes, seleção e recrutamento de pessoal, treinamento e educação permanente, organização da infraestrutura das unidades de saúde da família, acompanhamento da disponibilidade de medicamentos, materiais de consumo e insumos básicos, articulação com os demais setores da Secretaria Municipal de Saúde e outras atividades.

Recentemente foi constituído um grupo de supervisão para acompanhamento do trabalho das equipes do PSF. Além dos que atuam na coordenação do PSF estão participando deste grupo profissionais das coordenações de vigilância à saúde e assistência à saúde. Pretende-se com este grupo de supervisão melhorar a qualidade do trabalho junto às equipes permitindo um acompanhamento mais próximo e que possa contribuir na organização do trabalho do PSF.

Uma das dificuldades ainda a serem superadas diz respeito ao financiamento do PSF, fator limitante de sua expansão. Os repasses financeiros atualmente realizados pelo Ministério da Saúde, somando os recursos do Piso de Atenção Básica e os incentivos específicos para o Programa de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, conseguem custear apenas cerca de um terço dos custos de uma equipe do PSF. Estudo de custo feito no ano passado em Vitória da Conquista apontou que cada equipe do PSF em atividade na zona urbana tem custo mensal de cerca de 19 mil reais e na zona rural em torno de 22 mil reais.

Outro problema diz respeito à dificuldade de recrutar recursos humanos para o PSF. Por um lado a inadequação entre a formação oferecida pelas escolas médicas e as exigências do processo de trabalho desempenhado no PSF e por outro a necessidade de disputar este profissional com o setor privado onde o mesmo pode, em regime de plantões, conseguir remuneração superior aquela possível de ser oferecida pelo município para trabalhar no PSF, reduzem o ritmo de ampliação da proposta.

No primeiro semestre deste ano o Conselho Municipal de Saúde aprovou o Plano Municipal de Saúde para o período de 2002 a 2005 e entre as metas definidas está alcançar 71% de cobertura com o PSF em 2005.

Participação popular, cidadania e cultura sanitária

Para a análise do papel da participação popular no processo de gestão do PSF em Vitória da Conquista, portanto, cabe ressaltar pelo menos três aspectos centrais na concepção geral e na prática do Programa que tem implicações diretas e indiretas na difusão de informações e na participação propriamente dita da população no processo de gestão do mesmo: a) a composição da equipe de Saúde da Família e a proposta de organização do seu processo de trabalho; b) o estímulo à criação e ao funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde entendidos como instrumentos de gestão participativa das Unidades de Saúde da Família; c) o estabelecimento de uma relação estratégica entre gestores e mídia (radio e TV).

A composição da equipe de Saúde da Família em Vitória da Conquista segue, em linhas gerais, a proposta do Ministério da Saúde, mas apresenta como inovação a participação do odontólogo[9]. O aspecto mais importante a ser analisado, entretanto, diz respeito ao conteúdo da prática do Agente Comunitário de Saúde, que, conforme vários estudos que vem sendo realizados no Brasil, oscila entre um "agente de saúde" ou um "agente social", ao privilegiar, o primeiro, os cuidados básicos à família (notadamente o binômio materno-infantil) ou privilegiar, o segundo, a promoção da cidadania, isto é, a mobilização social em torno dos direitos à saúde, inclusive do direito à assistência.

A ênfase em um ou em outro pólo da prática do Agente Comunitário pode vir a caracterizar o "modelo de PSF" que se implanta em um determinado município, seja voltado à mera "focalização" da Atenção básica de saúde nos grupos mais pobres da população, seja como um meio para o desenvolvimen-

to de um processo de "empoderamento" social e político que conduza ao fortalecimento da participação popular na gestão das políticas públicas.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a concepção do PSF em termos de princípios e diretrizes gerais já define o Agente Comunitário de Saúde como membro da equipe com a responsabilidade de estabelecer uma "ponte" entre o saber e as práticas derivadas do modelo hegemônico e o saber e as práticas populares, ainda presentes no cotidiano das famílias, em que pese os efeitos do processo de "mundialização da cultura" produzido pelo avanço dos meios de comunicação de massa, principalmente a televisão.

O fato do Agente Comunitário de Saúde ser recrutado da própria comunidade, aliado ao fato de se exigir da equipe do PSF como um todo que trabalhe em regime de dedicação exclusiva ao Programa, contribui para o estabelecimento de um vínculo entre equipe-população, que se pode se expressar na "responsabilização" progressiva da primeira em relação à segunda, não só do ponto de vista da garantia do atendimento senão que em torno de resultados, expressos em melhoria dos índices de morbimortalidade e da melhoria das condições e modos de vida em geral, especialmente no que diz respeito ao acesso a informação que permita um "empoderamento" social e político.

O desenvolvimento de um processo dessa natureza, entretanto, exige que as ações do Programa de Saúde da Família não se restrinjam à atenção à demanda espontânea nas Unidades de Saúde da Família, nem aos cuidados básicos prestados durante visitas domiciliares de rotina, e sim abarquem ações de educação sanitária e promoção da saúde que extrapolem os muros das unidades e mesmo dos domicílios das famílias cobertas

pelo Programa, implicando a realização de ações de caráter coletivo voltadas à problematização e enfrentamento de condicionantes e determinantes dos problemas sociais e de saúde da população das diversas áreas.

Estudos realizados em Vitória da Conquista apontam que o desenvolvimento dessas ações ainda é incipiente e mesmo as equipes do Programa que já contam com uma experiência mais consolidada em sua área, concentram suas atividades nas ações de caráter preventivo e assistencial, ainda muito vinculadas ao modelo hegemônico de atenção à saúde. Ainda que esta tendência reflita a busca de atendimento a necessidades básicas não satisfeitas, que se reflete em apoio ao Programa por parte da população antes completamente desassistida, pode não ser suficiente para a mudança na concepção e nas formas de atuação da população na promoção e defesa de sua saúde e da qualidade de vida.

Desse modo, é importante ir além da análise do papel do Agente Comunitário e caracterizar as formas como vem se dando a participação popular no processo decisório e no acompanhamento e avaliação das ações do Programa, ou seja, é importante analisar o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde e do próprio Conselho Municipal de Saúde. As entrevistas realizadas com representantes desses Conselhos dão conta de sua importância como espaço de negociação e pactuação de compromissos e, principalmente, enquanto espaço de circulação de informações que permitem a transparência na gestão dos recursos públicos.

Não se chegou a analisar, entretanto, a relação desses Conselhos com a população em geral, na medida em que a própria composição dos Conselhos revela mais a forma como a comunidade está organizada, quem são suas lideranças, do que pro-

priamente a prática político-ideológica que desenvolvem para além das reuniões dos Conselhos. Pelo exposto por alguns entrevistados, parece que a atuação dos Conselhos Locais de Saúde é mais voltada à garantia da eficiência na gestão das Unidades de Saúde da Família, e com isso ao fortalecimento das bases de sustentação política ao Programa. Pode-se argumentar, todavia, que a participação dos representantes da população e o acompanhamento cotidiano da gestão do Programa e da Unidade de Saúde da Família, em si mesmo funciona como um estímulo à melhoria do desempenho institucional no setor, por conferir visibilidade aos problemas e permitir a reflexão coletiva em torno das soluções possíveis.

Alguns dos entrevistados reforçaram a importância do PSF e dos Conselhos Locais de Saúde na construção de uma "outra idéia de cidadania, voltada para a noção dos direitos" e o papel que desempenham fortalecendo a presença do poder público na maioria dos espaços do município e na construção de canais de diálogo entre a população e a administração municipal.

O papel da mídia: ator e arena política

Finalmente, cabe problematizar o papel da mídia, espaço onde ressoam as denúncias, as críticas, os interesses políticos dos diversos atores que se articulam em torno da implantação e gestão do PSF no município. Informações obtidas junto aos entrevistados dão conta de que os meios de comunicação de massa, em Vitória da Conquista, constituíram-se em uma arena importante de luta político-ideológica em torno da direcionalidade impressa à gestão municipal. Em primeiro lugar por se tratar de um governo de oposição ao governo esta-

dual e, mais particularmente, por consolidar-se enquanto oposição em um cenário caracterizado por uma hegemonia quase absoluta da elite político partidária que ocupa o poder no Estado da Bahia há mais de 40 anos (período pontilhado por breve interrupção no final dos anos 80).

De fato, o início do processo de implantação do PSF, como de resto a implantação das políticas sociais que caracterizaram a gestão Guilherme Menezes, foi marcado por uma campanha diária na estação repetidora da TV Bahia (de propriedade do ex-senador Antonio Carlos Magalhães, líder do PFL, partido majoritário no Estado) no município, cujo conteúdo enfatizava a dificuldade de se viabilizar qualquer projeto político contrário aos interesses da elite no poder estadual, visto que "não se conseguiria os recursos necessários à sua implementação", até porque, argumentava-se que tais recursos não viriam nem do governo estadual nem do Governo federal, aliado político do PFL durante a maior parte da gestão FHC.

Além de não cumprir seu papel de informar a população, na medida em que não divulga nenhuma ação ou serviço de saúde da rede municipal, nos embates travados com empresários do setor privado da saúde o canal local de televisão foi porta voz e defensor dos interesses privados e regularmente (até o presente momento) busca criar fatos políticos para dificultar a atuação e tentar minimizar os resultados positivos da gestão municipal na área de saúde, inclusive com falsas denúncias, algumas delas forjadas por assessores de políticos locais que fazem oposição ao governo municipal.

No entanto, à proporção que a administração municipal foi conquistando apoios em setores estratégicos do Governo federal, inclusive no âmbito do Ministério da Saúde, cujo ministro, no segundo mandato FHC (José Serra, atual candidato a

presidente pelo PSDB) não se colocou como aliado do PFL baiano, tornou-se cada vez mais difícil afirmar que o "Governo Participativo" liderado pelo PT em Vitória da Conquista "não daria certo". Nesse processo, foi importante a adesão de alguns profissionais da mídia local, especialmente os jornalistas das emissoras de rádio de alcance municipal, um dos quais entrevistados nesse estudo.

Comentários finais

O caso estudado ilustra as possibilidades de um programa da área de saúde assumido enquanto política nacional, ter seu escopo ampliado pelo governo local e apresentar um processo de implantação que permita sua integração ao interior do sistema de saúde e sua articulação com outras políticas. Sabendo da diversidade em que se dá o processo de implantação do PSF nos diversos municípios brasileiros, abre-se um campo de questionamento acerca das relações entre esta política nacional e as peculiaridades da sua implantação local.

Em Conquista o perfil do governo local, realizando a inversão de prioridades, colocando na topo da lista as políticas sociais contribuiu para que a implantação do PSF tivesse o curso observado. Em geral, as administrações municipais lideradas pelo Partido dos Trabalhadores (PT) têm assumido a proposta do PSF como estratégia de reorganização e construção do sistema municipal de saúde e, como em Conquista, guardando coerência com os princípios e diretrizes do SUS, com o PSF não se configurando como um programa a parte e contribuindo para a ampliação do acesso da população ao sistema de saúde e para alcançar a integralidade do cuidado à saúde mediante os

recursos, ações e níveis de atenção que se fizerem necessários tendo como porta de entrada a atenção básica.

Também chama atenção o papel dos dirigentes, especialmente o Prefeito, caso em que a sensibilidade e compromisso social são diferenciadores das possibilidades de construção das políticas sociais. Cabe ressaltar que em Conquista, o ex-prefeito Guilherme Menezes em meados da década de 80, como diretor médico da SMS, implantou um Programa de Agentes Rurais de Saúde, tornando Vitória da Conquista o primeiro município do Estado da Bahia a incorporar pessoas da comunidade com vistas a ampliar os vínculos dos serviços com a população e desenvolver ações em domicílio e nas pequenas localidades da zona rural. Interessante destacar que ele, já como prefeito, encontra este programa praticamente desarticulado e o retoma em outro patamar, colocando desde o início de sua gestão a prioridade da implantação do Sistema Único de Saúde.

Ainda chama atenção no âmbito da capacidade dos dirigentes a condução da implantação da política e construção de alianças onde coloca-se a importância de uma tarefa agregativa de construir aliados e neutralizar oposições, a ponto de alguns atores sociais que nitidamente empreenderam ações contrárias ao processo de implantação e fortalecimento do PSF assumirem o discurso da defesa desta proposta e de sua importância na melhoria da atenção à saúde da população no município.

O PSF tem contribuído para o processo de participação popular, na construção dos espaços de controle social, não apenas com os Conselhos Locais de Saúde, mas especialmente, com o trabalho de resgate da cidadania, de garantia de direitos, de ampliação do acesso ao sistema de saúde de grupos populacionais até então excluídos.

O caso em discussão se caracteriza como um processo de gerência da mudança, podendo ser identificada em três grandes processos: a mudança da cultura sanitária, a mudança institucional e a mudanças política. No âmbito da mudança da cultura sanitária, as características impulsionadas ao PSF em Conquista abrem as possibilidades de uma nova prática junto à população, ampliando o conjunto de ações de promoção e prevenção, incorporando práticas educativas, melhorando a relação dos usuários e os profissionais do serviço de saúde e fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, apontando na direção de uma mudança no modelo de atenção à saúde ainda hegemônico.

A mudança institucional, operada com a municipalização do sistema de saúde,por sua vez, alterou profundamente a estrutura deste sistema, recompondo a rede de serviços de saúde, tomando como referências as necessidades de atenção à saúde da população, a integralidade da atenção, a busca da participação popular e da eqüidade no acesso ao sistema de saúde. Tal processo foi acompanhado da implantação de diversas ações de regulação do sistema de saúde reforçando a gestão pública e assegurando o caráter público das ações e serviços de saúde prestados pelo SUS. Por fim, a mudança política, observada na construção de alianças para além da implantação da política de saúde setorial, com o fortalecimento de alianças estratégicas para viabilização do conjunto das políticas na gestão municipal e a própria continuidade desta gestão.

Notas

[1] Anestesia, Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Reumatologia, Reumatologia Pediátrica, Geriatria, Clínica Cirúrgica, Cirurgia Buco-Maxilar, Cirurgia Plástica Restauradora, Hematologia, Psiquiatria, Neurologia, Neuropediatria, Urologia, Nefrologia, Pré-Natal de Alto Risco, Saúde Ocupacional, Mastologia, Dermatologia, Proctologia e Fonoaudiologia.

[2] O Piso de Atenção Básica (PAB) representa um repasse financeiro mensal, regular e direto, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, estabelecido com base em um valor per capita.

[3] Todo o repasse do PAB passou a ser empregado na recuperação e expansão da rede pública de unidades básicas de saúde e na implantação e custeio das equipes de saúde da família, além da participação do Tesouro Municipal neste financiamento.

[4] A habilitação de um município a esta condição de gestão, segundo a Norma Operacional Básica 001/96, implica a existência de condições político-administrativas e técnico-operacionais compatíveis, isto é, a capacidade de gerenciar a totalidade dos recursos financeiros transferidos pelo governo federal para o custeio das ações básicas e da alta e média complexidade, a capacidade de planejamento, programação, controle e avaliação do conjunto das ações e serviços, bem como a capacidade de gerenciar os recursos físicos (unidades de saúde) e humanos transferidos para o controle municipal. A habilitação do município é realizada mediante processo aprovada na Comissão Intergestores Bipartite Estadual – CIBE e referendada pela Comissão Intergestores Tripartite, órgãos colegiados que contemplam em sua composição representantes do Governo e dos Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde – CONASS e CONASEMS (CIT) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS (CIB).

[5] Consultas médicas e de enfermagem, ações de pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, planejamento familiar, coleta de material para o exame preventivo do câncer cérvico-uterino, ações integradas de prevenção e acompanhamento das doenças prevalentes na infância, atividades de combate às carências nutricionais, imunização, curativos, teste de triagem neonatal – teste do pezinho, triagem de enfermagem, aplicação de vitamina A, busca ativa, diagnóstico, tratamento e controle de comunicantes de tuberculose e hanseníase, controle de hipertensão e diabetes, realização de curativos, pequenas suturas, nebulizações, imunização, coleta de material para exames laboratoriais, visitas domiciliares, atendimento em grupos (particularmente gestantes, hipertensos e diabéticos), vigilância epidemiológica e ações de saúde bucal e ações educativas com a comunidade.

[6] Na época, coordenador do Pólo de Capacitação em Saúde da Família, núcleo estratégico de apoio ao processo de implantação do PACS/PSF na Bahia, sediado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

[7] Entidade pública não estatal, cuja existência é assegurada pela proposta governamental de Reforma do Estado.Ver Bresser Pereira, 1998; 1999.

[8] Como, por exemplo, a criação do CEMAE e o gerenciamento do acesso às internações realizadas nos Hospitais da rede SUS, tanto próprios quanto contratados e conveniados.

[9] Desde o início do PSF em Conquista (1998) as equipes já contavam com a presença de odontólogo e auxiliar de saúde bucal. Tal incorporação só veio a ser discutida e aprovada pelo Ministério da Saúde posteriormente, a partir da avaliação de experiências bem sucedidas com esta.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS: NOB/SUS - 01/96. *Diário Oficial da União* de 06/11/96, Brasília, 1996.

BRESSER PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: estrutura e estratégia para um novo Estado. *In:* BRESSER PEREIRA L.C.; SPINK, P. *Reforma do Estado e administração pública gerencial.* Rio de Janeiro: FGV Editora, 1998. p.21-38.

BRESSER PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. Entre o Estado e o mercado: o público não estatal. *In:* BRESSER PEREIRA, L. C.; GRAU N.C.(orgs.) *O público não estatal na reforma do Estado.* Rio de Janeiro: FGV/CLAP, 1999, p. 15-48.

LEUCOVITZ, E; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. *In:* MENDES, E. V. (org.) *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. *In:* ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489 - 503.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde:* o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

VIANA, A L. & DAL POZ, M. R. Programa de saúde da família: informe final; Rio de Janeiro: UERJ/IMS, *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 166, 36 p., 1998.

Anexo: Quadro geral dos entrevistados

ATOR	Informantes- chave	Cargo/Função
Governo Municipal – Executivo	Guilherme Menezes	Prefeito 97-2002
	Emilson Gusmão Piau	Secretário de Administração
	Paulo César Cerqueira	Chefe da Casa Civil
	Gutemberg Macedo	Procurador do município
	Jose Raimundo Fontes	Atual Prefeito
	Ademir Abreu Magalhães	Secretário de Saúde 97-98
Staff da SMS	Lygia Matos	Ex-Coord. de Vigilância à Saúde
	Suzana Ribeiro	Coordenação do PSF
	Stael Gusmão	Assessoria de Controle Social
	Célio Soares	Coord. Saúde Bucal
Profissionais do PSF	Maria Beatriz Anjos	Enfermeira – PSF
	Eliane Cordeiro	Médica - PSF
	José Otávio	Odontólogo - PSF
	Elita de Jesus Oliveira	Auxiliar de Enfermagem - PSF
Legislativo Municipal	Alexandre Pereira	Vereador pelo PT – Atual Presidente da Câmara de Vereadores
	Paulo Brito	Vereador pelo PPB – Ex-Presidente da Câmara de Vereadores
Associação de Apoio a Saúde Conquistense (ASAS)	Ubirajara de Carvalho	1º Presidente da ASAS
	Antonio Moraes	Presidente do Sindicato dos Bancários e ex-Presidente da ASAS
Associações e Sindicatos de Trabalhadores	Arnaldo Rocha Silva	Pres da ABM – VC
	Luiz Carlos Dantas	Dir. Sindicato dos Médicos
	Balbino Vieira Santos	Presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais
	Julio Delfino	Diretor Estadual do MST
	Gildásio Oliveira	Membro da Associação de Moradores Campinhos e Simão
Empresas médicas	Lerley Ladeia	Diretor Hospital UNIMEC
Mídia	Herzén Pereira	Radialista
	Maria Emilia	Radialista
Igrejas	Tobias Feitosa	Padre, vigário da Diocese
	Noel Sampaio	Pastor auxiliar
Representantes da População em Conselhos de saúde	Paulo Lopes	Pres da Assoc. de Apoio ao Diabético e membro do Cons.Municipal Saúde
	Maria Barbosa	CLS Vila Serrana
	Renato Marques	CLS Cidade Maravilhosa
Dirigentes do SUS / Estado e Ministério	Efigênia Cardoso	Coord. Estadual do PACS/PSF
	Aloísio Meira	Diretor 20ª DIRES
	Cláudio Duarte	Sec. de Política de Saúde / Min.Saúde
Academia UESB/ISC	Waldenor Alves Pereira	Reitor da UESB
	Rosana Aquino	ISC/UFBA
	Guadalupe Medina	ISC/UFBA

Acolhimento no sistema municipal de saúde

Jorge José Santos Pereira Solla

Introdução

O setor saúde no Brasil tem passado por importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os princípios do SUS está a descentralização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais.[1]

A descentralização tem sido uma opção muito freqüente nas mudanças constitucionais e nas estruturas organizacionais em alguns países. Através dela pode-se criar condições para uma maior autonomia do nível local no uso dos recursos e na definição e implementação das políticas, com maior acesso e controle pelos setores organizados da população.[2]

> Na dimensão política, a descentralização não é considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a eqüidade

> no campo da saúde. Consideramos que um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos (HORTALE *et al.*, 2000, p. 232).[3]

O Brasil é um país continental e complexo, marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais, demográficas, culturais e sanitárias. Tal quadro aponta a importância da descentralização das políticas públicas, inclusive na área de saúde. Além disso, reforça esta opção o fato de tratar-se de um sistema federativo especial, onde os municípios são entes federativos, dotados de autonomia política, administrativa e financeira. Assim, o processo de descentralização em curso reserva aos municípios um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, assumindo a execução das ações e serviços de saúde sendo, portanto, um processo de devolução, com a transferência de poder e recursos de uma esfera de governo para outra, a qual passa a assumir maior nível de autonomia política e administrativa.[4] Pode-se considerar que no caso brasileiro estão presentes também características de um processo de desconcentração, pelas limitações existentes ao grau de autonomia dos municípios, relacionadas principalmente ao grau incipiente da capacidade política e técnico-gerencial da maioria dos municípios.[5]

Muitos dos municípios que assumiram a gestão plena exercitaram um processo extremamente rico de gestão do sistema

de saúde, criaram capacidade de regulação, reorganizaram a rede de serviços, ampliaram capacidade instalada pública, montaram serviços de controle, avaliação e auditoria, criaram sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares, desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais), ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde, melhoraram a produtividade dos serviços, aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares e reduziram internações desnecessárias.[4,6-10]

Ao esforço de descentralização do sistema de saúde é associado outro para implantação de mudanças na forma concreta de operacionalizar a atenção à saúde aos munícipes. O desafio de efetivar os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade e de viabilizar uma oferta de serviços de saúde que consiga responder aos problemas de saúde dos usuários tem assumido papel de destaque, ganhando relevância a discussão sobre modelos de atenção à saúde.[11-15]

Os avanços obtidos com a descentralização das ações e serviços de saúde verificados na última década apontam a necessidade de aprofundar este processo. Ocorreu uma ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços,[16] contudo, o processo de descentralização traz embutido o risco de reprodução no nível municipal dos modelos herdados do antigo INAMPS e das Secretarias Estaduais de Saúde.

O presente artigo tem como objetivo descrever a experiência desenvolvida no município de Vitória da Conquista, Bahia, particularmente o processo de implementação da proposta de 'acolhimento' nas unidades que compõem a rede de serviços de

saúde, considerando as concepções sobre os modelos e as estratégias de mudança na organização da atenção à saúde no SUS.

Debate sobre modelos de atenção à saúde no SUS: significado do 'acolhimento'

A identificação dos limites dos modelos de atenção à saúde hegemônicos no Brasil e de experiências que têm buscado sua superação e a construção de intervenções que concretizem os princípios e diretrizes do SUS levaram a elaboração de diversas proposições, entre as quais têm se destacado: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde.[17]

A Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Apesar das dificuldades encontradas, em especial nos grandes centros urbanos, tem demonstrado grande potencial de fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica, o vínculo entre equipe, serviço e usuário, e a humanização do atendimento. [18,19]

> Nesse particular, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde. Estas duas propostas alternativas de modelo de atenção têm sido reconhecidas como eixos reestruturantes do SUS. Entretanto, cabe ressaltar que muitas das propostas mencionadas são relativamente complementares e convergentes. Assim, o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas,

> da promoção da saúde e das cidades saudáveis. (PAIM, 2004, p. 20) [20]

Teixeira (2002, p. 88)[17] considera que "[...] nenhuma das propostas e experiências em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas".

A partir da análise das principais atribuições das equipes de saúde da família, Campos[21] identifica que estas são coerentes e estão em perfeita sintonia com a proposta de 'vigilância da saúde'. Considera ainda que este tipo de atuação para além das equipes de saúde da família deve ser disseminada no conjunto dos serviços, desde a atenção básica até a atenção hospitalar, envolvendo nessa lógica assistencial inclusive outros equipamentos e aparelhos sociais.

Assim, a articulação entre 'Saúde da Família', 'Vigilância da Saúde', 'Promoção da Saúde' e 'Acolhimento' seria uma proposta possível, desejável e necessária para a construção de um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios e diretrizes do SUS com a conjugação de elementos conceituais, metodológicos e operacionais.[22,23]

O "acolhimento" significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a resolução do seu problema. Por conseqüência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz

respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária [7, 11, 13, 24,27].

Teixeira[17] sistematizando propostas que têm tentado dar conta da problemática do modelo assistencial considera que esforços que visam incorporar o 'acolhimento' e o 'vínculo' entre usuários e trabalhadores da saúde, também têm contribuído para desvelar e problematizar a '(des)humanização' do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde. Dessa forma a introdução do 'foco no cliente' e a incorporação de alterações substantivas nos processos de trabalho nos serviços de saúde poderiam "problematizar aspectos críticos do modelo médico hegemônico, como a relação médico-paciente (em suas dimensões éticas e culturais) ou mesmo os limites dos conhecimentos e tecnologias utilizadas tão intensamente no âmbito deste modelo".

Na perspectiva de incorporação do 'acolhimento' nos serviços de saúde, Franco *et al*.[25] sistematizaram como princípios para organizar o serviço de forma usuário-centrada: "atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal"; "reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional"; e "qualificar a relação trabalhador – usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania".

Silva Júnior e Mascarenhas[26] desenvolvendo aspectos conceituais e metodológicos da avaliação da atenção básica em saúde identificam quatro dimensões do 'acolhimento': 'acesso' – geográfico e organizacional; 'postura' – escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe; 'técnica' – trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de

tecnologias, saberes e práticas; 'reorientação de serviços' – projeto institucional, supervisão e processo de trabalho.

Para estes autores,[26] trabalhar o 'acolhimento' enquanto postura pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, inclusive solidarizando-se com o sofrimento. Dessa maneira é possível construir relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários.

A discussão sobre acolhimento nas unidades, levanta questões relativas a qualidade do acesso e da recepção dos usuários e determina uma mudança do foco de tensionamento para dentro dos serviços, estabelecendo a relação médico-paciente como o caso mais emblemático. Nesta dimensão do acolhimento como postura também se situam as relações ao interior da própria equipe de saúde e entre níveis de hierarquia na gestão.

Em outra dimensão, o 'acolhimento' enquanto técnica, implica na construção de ferramentas que contribuam para a escuta e análise, identificando entre as soluções possíveis de serem ofertadas as mais adequadas às demandas apresentadas. A composição da equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações no próprio processo de trabalho, relativas a mudanças na forma como os serviços são organizados. Assim, o 'acolhimento' assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, de 'diretriz de serviço', identificando demandas dos usuários e reorganizando o serviço. As atividades de acolhimento teriam objetivo de buscar ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde.[25-27]

> Como a organização de serviços, o acolhimento detém uma proposta, um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos programáticos e metodológicos da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto, tem destaque a supervisão, considerada importante no modo de organização de serviços no acompanhamento do cotidiano do trabalho. Esse quadro implica reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde". Em relação à dimensão relativa ao acesso estes autores a definem como "a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde. (SILVA JÚNIOR ; MASCARENHAS, 2004, p. 246).[26]

Outros autores têm ressaltado a importância de expandir as fronteiras das propostas de 'acolhimento' para além dos limites da atenção básica em saúde. Malta *et al*.[11] consideram que a implantação do 'acolhimento' não deve se restringir as unidades básicas de saúde e outras portas de entrada do sistema de saúde, mas pressupõe uma postura de receber bem e resolver o problema dos usuários do SUS no Sistema Municipal de Saúde como um todo.

> A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear **todo o sistema**, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.(MALTA *et al*., 1998, p. 141)[11]

"A partir dos conceitos mais correntes sobre 'acolhimento', anteriormente sistematizados e das principais experiências de implantação desenvolvidas propomos identificar três grandes âmbitos de incorporação desta proposta no Sistema Único de Saúde, onde o 'acolhimento' aparece como:

1. Postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho individual e coletivo (em equipe);

2. Ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas;

3. Diretriz para as políticas de saúde, com vistas a criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde capacidade para dar respostas as demandas apresentadas pelos usuários disponibilizando as alternativas tecnológicas mais adequadas.

Consideramos que esta terceira alternativa acima, de trabalhar o 'acolhimento' enquanto diretriz para as políticas de saúde, transforma esta proposta em uma eficiente estratégica para operacionalizar as principais diretrizes do SUS: Universalidade, Integralidade e Eqüidade.

Assim, o 'acolhimento' é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais.

Além disso, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e pré-definidas e busca redirecionar a demanda espon-

tânea para atividades organizadas pelo serviço para oferta programada. Implica em integração horizontal e vertical no sistema de saúde criando mecanismos que permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar resposta adequada a cada ordem de problema identificado.

Dessa forma a incorporação da proposta de 'acolhimento' pode contribuir para uma efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde e construir vínculos entre usuários e trabalhadores. Isso implica em incorporar esta diretriz na construção das políticas de saúde, na implantação dos sistemas municipais de saúde, viabilizando os diversos pontos de atenção e recursos tecnológicos adequados na rede básica, na rede de urgência/emergência, nas unidades ambulatoriais especializadas (de acesso direto e de acesso mediado por centrais de regulação), na rede hospitalar, implantando centrais de regulação e serviços de apoio terapêutico e social, e constituindo e fortalecendo espaços de controle social.

Vitória da Conquista e a construção do Sistema Municipal de Saúde

Vitória da Conquista, localizado na Região Sudoeste, é o terceiro maior município da Bahia, com uma população estimada em 285.925 habitantes para 2005. Apesar de sua alta taxa de urbanização (80%), Vitória da Conquista possui uma grande população rural, distribuída por 284 povoados em doze distritos da zona rural, com extensão territorial de 3.743 km^2. A partir de 1997 este município vem experimentando outras possibilidades de exercício do poder local, que buscam contribuir com a ampliação da cidadania. A atual administração, de

perfil democrático-popular, vem se pautando nos princípios da transparência administrativa, na inversão de prioridades, na participação popular e no trabalho em parceria, buscando fomentar a co-responsabilidade social e tomando a decisão de assumir a responsabilidade da gestão do sistema municipal de saúde.[28]

No início da gestão municipal, autodenominada "Governo Participativo", em janeiro de 1997, eram apenas seis unidades básicas de saúde na rede pública municipal, com baixa oferta de ações e serviços de saúde, em precário estado de funcionamento, com profissionais desmotivados e salários atrasados (cinco meses sem pagamento). Os agentes rurais de saúde, que durante vários anos desenvolviam um trabalho importante em suas comunidades, encontravam-se sem receber salários e sem suporte e estímulo para sua atuação. As atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária estavam desativadas ou não haviam sequer, sido implantadas efetivamente. A cobertura vacinal em gestantes e crianças era muito baixa. O Conselho Municipal de Saúde estava desativado. A relação do SUS com a rede contratada/conveniada era caracterizada por ausência total de ações de regulação, controle, avaliação e auditoria. A rede SUS no município era conformada por nove hospitais e elenco de clínicas e consultórios médicos, a maior parte credenciados desde o período do antigo INAMPS.[28]

Rompendo com as formas tradicionais da política praticadas no Nordeste, a administração municipal assumiu como prioridade políticas públicas de caráter social, especialmente aquelas voltadas para a educação e a saúde.

> A grande meta da saúde foi assegurar a municipalização,
> com a configuração de um Sistema Municipal de Saúde,

permitindo, em um primeiro momento, a implantação de vários serviços e programas de atenção básica, e o fortalecimento das ações de vigilância, e posteriormente a ampliação da oferta de atenção especializada e a reorientação da atenção hospitalar. Priorizou-se oferecer uma assistência integral que pudesse dar cobertura à maioria absoluta das famílias do Município. O Plano Municipal de Saúde (1998 – 2001) teve como premissas a mudança na estratégia de intervenção sobre os problemas de saúde com a reorientação do modelo assistencial e a descentralização das ações de saúde e teve suas metas totalmente cumpridas, e em muito superadas.

Em março de 1998 o município assumiu a Gestão Plena da Atenção Básica, iniciou a implantação do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde** (PACS) e o **Programa Saúde da Família** (PSF), fortalecendo a rede básica de saúde e organizando as ações de vigilância (sanitária e epidemiológica) e controle de doenças.

Em 1999, a realização da IV Conferência Municipal de Saúde, com grande participação popular (mais de 4000 pessoas envolvidas em 76 pré-conferências) definiu as diretrizes para a política de saúde a ser assumida pelo município com a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, a qual iniciou em outubro de 1999 após a realização da primeira Programação Pactuada Integrada (PPI) envolvendo 40 municípios da Região Sudoeste. Foi reorganizada a atenção especializada e hospitalar, implantadas ações de controle, regulação e auditoria e efetivada uma ampliação progressiva da capacidade instalada pública. Em novembro de 2003 a gestão dos serviços de alta complexidade passou para o município e em setembro de 2004 uma nova PPI já passou a contar com 75 municípios da região ampliando as referências intermunicipais formalmente estabelecidas para Vitória da Conquista.

A experiência de Vitória da Conquista na implantação de um Sistema Municipal de Saúde coerente com os princípios e diretrizes estabelecidas para o Sistema Único de Saúde é identificada como um dos mais importantes e bem sucedidos processos de municipalização da saúde no Estado da Bahia.

O 'Acolhimento' no Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista

Desde o início do "Governo Participativo" a administração municipal buscou viabilizar a proposta de 'Vigilância da Saúde', empregando a estratégia de 'Saúde da Família' e incorporando tanto as 'ações programáticas de saúde' quanto o 'acolhimento' na rede de serviços. As proposições sistematizadas como no âmbito da 'promoção da saúde' e de 'cidades saudáveis' também estiveram fortemente presentes na construção do sistema municipal de saúde. Foi implantado um sistema municipal de saúde centrado no usuário, buscando humanizar as relações entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde e viabilizar o 'acolhimento' em todos os pontos de atenção.

A seguir faremos uma breve descrição das ações de 'acolhimento' nos diversos pontos de atenção do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista destacando as particulares da implantação desta diretriz nos processos de trabalho concretos em cada tipo de serviço de saúde, iniciando pela rede de atenção básica à saúde.

A rede básica foi sendo montada com base na estratégia de Saúde da Família e atuam hoje 37 equipes, sendo 23 na zona urbana (que trabalham em 12 unidades de saúde da família) e 14 na zona rural, que contam com 13 unidades de saúde da

família, 44 postos de saúde e uma unidade móvel como locais de atendimento em função do grande território rural e a dispersão da população. Odontólogos e auxiliares de consultório dentário estão presentes em todas as equipes de saúde da família, realizando atividades preventivas e tratamento odontológico. Existem também seis Centros de Saúde (já com suas respectivas populações adscritas e áreas de abrangência definidas e apesar de não contarem com equipes de saúde da família já têm agentes comunitários atuando), a Unidade de Vigilância Sanitária e o Centro de Controle de Endemias.

Na rede básica várias ações caracterizam o acolhimento, dizendo respeito a sete âmbitos diferenciados:

• Recepção, escuta, identificação de demandas e respostas adequadas aos pacientes pelos trabalhadores de saúde, que devem se empenhar em entender e resolver os problemas trazidos pela população de seu território. Não existe um padrão único para todas as unidades na forma de desempenhar esta tarefa, contudo todas têm agendas contemplando a oferta organizada e com espaço para atender a demandas identificadas que precisam de respostas imediatas;

• Estrutura física das unidades, com ambiente adequado para as diversas ações e para espera dos usuários; quase todas as unidades básicas foram construídas a partir de um projeto básico que serviu de matriz, com algumas variações em função de particularidades locais, do terreno disponível e do número de profissionais;

• Organização de oferta programática: atividades individuais e em grupos para hipertensos e diabéticos; triagem neonatal; pré-natal e puericultura; ações de diagnóstico e prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; planejamento familiar; diag-

nóstico e tratamento de tuberculose, hanseníase e DST por todas as equipes; em algumas áreas, em função da identificação da alta prevalência, ações para controle de parasitoses intestinais; atividades de vigilância epidemiológica, controle de doenças e vigilância nutricional; imunização em todas as unidades e horários, inclusive na zona rural;

• Realização na própria unidade de pequenos procedimentos, coleta de material para exames e dispensação de medicamentos básicos evitando que o paciente tenha que buscar estas ações em outros serviços de saúde - implantação de postos de coletas para exames laboratoriais nas unidades de saúde da família; realização de curativos, nebulização e outros procedimentos; coleta de material para citopatológico cérvico-uterino; e dispensação de medicamentos de todo o elenco básico que no município foi ampliado incorporando alguns medicamentos que não fazem parte da lista nacional;

• Realização de atenção a pequenas urgências - atenção às urgências, evitando a busca por serviços de pronto-socorro em situações que podem ser resolvidas na rede básica; com isso é reduzida a sobrecarga aos pronto-socorros;

• Articulação com os serviços de urgência / emergência, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com a Central de Regulação de Urgência/Emergência; A portaria do Ministério da Saúde que normatizou os sistemas de urgência e emergência estabelece como atribuições da atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família) o acolhimento e atendimento das urgências de baixa gravidade e cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção, com o acolhimento dos pacientes com quadros agu-

dos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura (BRASIL, 2004).[29]

• Acesso as Centrais de Regulação para marcação de consultas e procedimentos especializados e de internações hospitalares eletivas a partir das unidades básicas – a porta de entrada para a atenção ambulatorial especializada eletiva é a unidade básica a partir de onde os usuários têm acesso, com a unidade sendo a responsável por acionar a central e agendar os procedimentos solicitados. Na zona urbana o contato é feito "on-line" em algumas unidades básicas e por telefone acionando videofonistas da Central por outras. Na zona rural as equipes de saúde da família trazem diariamente as solicitações de procedimentos a marcar e levam os pedidos já agendados; quando atendido em serviços de urgência/ emergência e necessitam marcar consultas e procedimentos especializados os usuários são encaminhados a suas respectivas unidades básicas de saúde para a partir delas ter acesso a atenção especializada eletiva. Da mesma forma a solicitação de uma internação eletiva leva a unidade básica, através da Central, a agendar uma consulta do paciente com um dos médicos autorizadores. Os casos que necessitarem de tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e apoio terapêutico e social são agendados para o serviço social que tem a finalidade de atender estas demandas, a partir da unidade básica e mediada pela Central, que também administra esta agenda;

• Implantação de Conselhos Locais de Saúde – estes conselhos discutem os problemas enfrentados pela equipe de saúde, a programação das ações e inclusive o aperfeiçoamento das relações entre usuários e trabalhadores de saúde; é importante também registrar uma interrelação entre os conselhos locais

de saúde, a atuação dos agentes comunitários de saúde e a realização do 'orçamento participativo'.

O perfil da rede básica de Vitória da Conquista, apesar de não assegurar a priori e em todas as situações o pleno sucesso das estratégias de acolhimento e humanização amplia o leque de possibilidades de resultados positivos, principalmente levando em conta que a atenção básica à saúde reúne certas características que estabelecem relevância especial com este tipo de propostas em função da "extensão e capilaridade da rede de serviços de atenção primária à saúde, que não encontra paralelo em nenhum outro equipamento da rede de serviços de saúde, (...) a sua atuação referida às demandas de saúde mais freqüentes, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os 'problemas da vida' e a 'patologia' objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; desta última característica decorrem duas outras, fundamentais: a importância excepcional que adquire neste espaço o que Deslandes, segundo Teixeira (2005, p. 592).[30]chamou:

> [...] tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais" ou, em outras palavras, a importância das "tecnologias de conversa" que facilitariam a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de 'porta de entrada' não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de

saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão.

Além da rede básica também são portas de entrada no sistema municipal de saúde os serviços de urgência/emergência (pronto-socorros e Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e algumas unidades especializadas ambulatoriais que por suas características particulares foram definidas como de acesso direto – Centro de Estudos e Atenção às Dependências Químicas (CEAD – CAPS ad), Centro de Atendimento Psicosocial (CAPS), Centro de Referência em DST/AIDS e o Centro de Pneumologia e Dermatologia Sanitária. O Laboratório Central de Análises Clínicas além de receber material coletado nas unidades básicas de saúde também realizada coleta em sua sede com acesso direto aos pacientes que assim demandarem. Aqui temos três situações diferentes em relação a implantação do acolhimento nestes tipos de serviços que ilustram bem a necessidade de adequar as ações de acolhimento ao tipo do serviço de saúde levando em consideração as peculiaridades da demanda espontânea e do fluxo referenciado.

Além da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e da Central de Regulação de Urgência/Emergência, foram criados "Postos Avançados" nos principais pronto-socorros com prepostos da Secretaria Municipal de Saúde atuando 24 horas na identificação de problemas e de soluções para sua superação, orientando os pacientes e apoiando os profissionais de saúde destes serviços. Estes funcionários foram treinados e atuam ajudando a resolver problemas no atendimento nestes serviços e fazendo a conexão imediata e direta destes com o restante da rede SUS, em especial com as Centrais de Regulação. Assim, demandas como, por exemplo, realização de tomografia computadorizada para pacientes atendidos nos

serviços de emergência são autorizadas a qualquer hora e contam com apoio para remoção interhospitalar. A ação destes profissionais em conjunto com as equipes do SAMU e da Central de Regulação de Urgência/Emergência potencializam os recursos disponíveis, podem convocar recursos extra-ordinários e ampliam o potencial de acolhimento dos usuários nos principais pronto-socorros da cidade. A implantação do SAMU em Vitória da Conquista foi iniciada ainda em 2000 sob a denominação de "Resgate Médico", bem antes do Ministério da Saúde conformar uma proposta nacional – em janeiro de 2003 existiam apenas 16 municípios no Brasil com serviços deste tipo em funcionamento.

No caso dos serviços extra-hospitalares em saúde mental o acolhimento tem um papel especial e diferenciado, ganhando destaque a qualidade da primeira abordagem a todas as pessoas que procuram estas unidades tantos aos pacientes quanto aos seus familiares para a construção de vínculos efetivos com estes serviços. Tanto recebem pacientes por demanda espontânea como referenciados a partir da rede básica, de serviços ambulatoriais especializados, dos serviços de urgência/emergência e egressos de internação hospitalar. No caso do CAPS ad (CEAD) destaca-se ainda o 'acolhimento' extra-muros através do "Consultório de Rua" para acolher e acompanhar crianças e adolescentes em situação de rua envolvidas com o consumo de drogas.

O Centro de Referência em DST/AIDS trabalha estratégia particular para o 'acolhimento', recepcionando o usuário, o atendendo no Centro de Testagem Anônima (CTA), com acolhimento individual e coletivo através dos quais é identificada a demanda e são prestadas orientações sobre prevenção de DSTs. O serviço faz também ações de busca ativa para mapear, convidar e acolher populações de risco como o caso de profis-

sionais do sexo. Aqui também aparece o 'acolhimento' fora dos muros da unidade. Com apoio dos agentes comunitários de saúde os pontos de prostituição no município foram identificados e através de profissionais do serviço e alunos universitários as profissionais do sexo foram entrevistadas e convidadas a comparecer ao serviço e a freqüentarem regularmente, inclusive para receberem mensalmente um quantitativo de preservativos. Este centro tem atuação forte junto a comunidade e articulação com a rede básica e hospitais. Caso o usuário seja portador de HIV passa a ser acompanhado neste centro de referência pelas equipes do Serviço de Assistência Especializada/SAE, Hospital Dia/HD e Assistência Domiciliar Terapêutica/ADT.

Mesmo com as equipes de saúde da família realizando diagnóstico e tratamento de tuberculose e hanseníase foi viabilizado um Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária, que além de ser uma referência especializada para casos de tuberculose e hanseníase, apoiando as equipes da atenção básica, acompanhando uma parte dos casos e atendendo pacientes de outros municípios da região, também atua no diagnóstico e tratamento de outras endemias (como leishmaniose). Recebe pacientes referenciados pela rede e também provenientes de demanda espontânea. Também coordena e supervisiona os casos de tratamento supervisionado e providencia apoio social quando necessário. É importante registrar que pelo estigma social relacionado a estas patologias a qualidade do 'acolhimento' no primeiro contato e na continuidade do acompanhamento são fundamentais para o sucesso do processo terapêutico.

Entre as unidades especializadas com acesso mediado pela Central de Marcação de Consultas e Procedimentos

Especializados destaca-se o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE), um grande ambulatório com 30 especialidades diferentes, onde são realizadas sessões para os usuários visando informar sobre os recursos colocados a disposição pelo sistema municipal de saúde e orientando sobre seus fluxos e sua utilização adequada. Em 2004 esta ação envolveu mais de 30.000 usuários do serviço. Neste centro os pacientes que precisam agendar retorno ou a realização de outros procedimentos solicitados pelos especialistas fazem a marcação pessoalmente em balcão da Central de Marcação, não necessitando se dirigir a sua unidade básica para contacto com a Central.

No CEMAE funciona também o Serviço Social para Tratamento fora do domicílio, Dispensação de Medicamentos Especiais e Apoio terapêutico e social (incluindo transporte social para pacientes em situações especiais). Em 2004 este serviço atendeu 3776 usuários que apresentavam demandas não passíveis de resolução pelos outros serviços existentes. Aqui o 'acolhimento' guarda a especificidade de atender situações mais diferenciadas, de usuários que passaram por outros serviços e não alcançaram plena resolutividade no atendimento de demandas e necessidades. Cabe ressaltar que as situações de tratamento fora do domicílio são restritas a algumas ações de alta complexidade que ainda não são ofertadas na rede municipal, o que pode ser observado pelo baixo percentual de internações de residentes do município em hospitais fora de Vitória da Conquista, que vem inclusive reduzindo a cada ano, tendo representado 2,43% em 2000, caindo para apenas 1,87% do total de internações hospitalares em 2004.[31]

Algumas medidas inovadoras implantadas representaram redução de deslocamento dos pacientes entre os pontos de atenção, como a implantação de posto de coleta de exames

laboratoriais para os pacientes nos serviços de quimioterapia e prioridade para a pronta realização destes exames por parte do Laboratório Central.

A rede hospitalar é conformada por três unidades públicas, um hospital geral filantrópico, e cinco serviços privados contratados pelo SUS. Destacam-se as ações de 'acolhimento' no Hospital Municipal Esaú Matos. Este serviço estava entregue em comodato a Santa Casa de Misericórdia há oito anos. Em 2001 a administração municipal o retomou, realizou grandes reformas, ampliação e o reequipou. Neste serviço foram implantadas várias iniciativas importantes que já levaram ao título de Hospital Amigo da Criança, menção honrosa do Prêmio Fernando Figueira e ficou entre os finalistas do Prêmio Galba de Araújo, entre elas a criação de um Núcleo de Humanização e de Comissão de Ética, a presença regular de acompanhante nas internações pediátricas com o suporte necessário, alojamento conjunto na maternidade, adequação de espaço físico e 'doulas' (voluntárias) no pré-parto, incentivo ao aleitamento materno em todos os seus serviços, implantação de Banco de Leite Humano, realização sistemática de pesquisa de satisfação entre os usuários internados e uma programação de educação continuada que visa em especial fortalecer o acolhimento e a humanização.[31]
A rede hospitalar que antes da municipalização era marcada pela atuação isolada de cada serviço, por alta ocorrência de fraudes e cobrança aos usuários, pela triagem de pacientes em função de procedimentos mais "lucrativos", pela baixa qualidade da assistência prestada, pela característica de principal porta de entrada na ausência de uma rede básica e de mecanismos de regulação do acesso, e pelo predomínio dos interesses privados lucrativos das empresas que atuam no setor, passou por profundas mudanças a

partir do momento em que o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Hoje, todas as internações eletivas passam por autorização prévia após exame médico feito em serviço específico para tal finalidade, existe uma equipe médica de supervisão hospitalar que avalia em cada hospital diariamente as internações realizadas em regime de urgência/emergência, a programação de oferta destes serviços passou por profunda reformulação com vistas a melhor adequação às necessidades da população do município e da região, e a cobrança "por fora" deixou de existir. Assim o acesso da população à rede hospitalar foi ampliado e qualificado, incorporando medidas que resultam em melhor acolhimento dos pacientes e humanização dos serviços.

Em Vitória da Conquista a participação popular e o controle social têm sido fomentados com a criação e fortalecimento de diversos espaços como os Conselhos e Conferências Municipais, os Conselhos Locais de Saúde, o Orçamento Participativo e o Congresso da Cidade. Na relação com o 'acolhimento' os conselhos locais de saúde merecem ser destacados. Os três primeiros foram implantados em 1998 e em 2004 já funcionavam 23 Conselhos Locais de Saúde, sendo 17 na zona urbana e 06 na zona rural, com 152 Conselheiros Titulares e 152 suplentes.[31,32] Os conselhos locais, entre outras atribuições, discutem o funcionamento dos serviços e definem propostas para melhorar o 'acolhimento' dos usuários e superar os problemas detectados, apoiando, em algumas situações, a superação de conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários.

Outro instrumento importante é a Ouvidoria criada no Sistema Municipal de Saúde. Através deste espaço em 2003 foram acolhidos 301 usuários, com medidas tomadas para superar problemas identificados. Em 2004 foram 262 os atendidos pela

Ouvidoria. Este é também um espaço de 'acolhimento' diferenciado que, via de regra, recebe usuários trazendo situações de não-acesso, conflitos com trabalhadores ou outras ordens de questões geralmente já tensionadas.

Conclusões

Como descrito anteriormente o 'acolhimento', além de compreender uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde. Em Vitória da Conquista foram feitos vários esforços visando fortalecer esta última perspectiva (sem abrir mão das duas primeiras), buscando criar os pontos de atenção necessários para dar respostas às demandas e necessidades dos usuários tentando ampliar a resolutividade do sistema municipal de saúde, práticas de acolhimento em todos os pontos de atenção, grande ampliação da capacidade instalada pública, organização de ações de regulação, controle e avaliação, um trabalho junto aos profissionais com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários, e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços.

Impõe-se ainda muito a construir para melhorar a qualidade das ações já implementadas, implantar outras ações ainda não efetivadas e continuar aperfeiçoando os fluxos e os mecanismos de controle social.

Entre as limitações existentes destacam-se as impostas pelo financiamento, relacionadas com as dificuldades para continuar expandindo a arrecadação própria do município, a quase

inexistente participação do Estado no financiamento do Sistema no que se refere a transferências para o município e o limitado crescimento dos repasses federais – estes desde 2001 só ocorreram quando o Ministério da Saúde aumentou valores de tabela e incorporou o impacto destes reajustes diretamente no teto do município, não dependendo de aprovação da Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

Uma preocupação forte diz respeito a continuar investimento em educação permanente dos trabalhadores da saúde. Este trabalho será reforçado com a inauguração da Escola de Saúde da Família, uma unidade do Sistema Municipal de Saúde voltada para este tipo de atuação, e com a implantação em Vitória da Conquista de um *campus* da Universidade Federal da Bahia com cursos da área de saúde.

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde para o período 2006 a 2009 poderá criar um espaço importante de avaliação, entre outros aspectos, sobre a implantação do 'acolhimento' no sistema municipal de saúde permitindo reflexões que apontem para a superação das dificuldades ainda existentes.

Agradecimentos

Este artigo é produto do grupo de estudos em "Formulação, Implementação e Avaliação de Políticas de Saúde" da Linha de Pesquisa "Gestão em Saúde" do Programa de Pós-Graduação em Medicina do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O autor agradece as contribuições prestadas por Emerson Merhy, Carmen Teixeira, Arthur Chioro e Ana Paula Soter.

Referências

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health* Pol 2000, 52, p.113-27.

HORTALE, V.A.; CONIL, E.M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Caderno da Saúde Pública,* v.15, p.79-88, 1999.

HORTALE, V.A.; PEDROZA, M.; ROSA, M.L.G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Caderno de Saúde Pública,* v.16, p.231-239.

MENDES, E.V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. *In*: MENDES E. V. (org.) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55.

SOTER. A.P. A descentralização da vigilância em saúde, no contexto da descentralização do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2005: termo de referência para contratação de estudo de caso. Campinas, 2005.

BUENO, W. S. Betim: construindo um gestor único pleno. *In:* MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: HUCITEC, 1997. p.169-95.

CAMPOS, C. R. A produção da cidadania - construindo o SUS em Belo Horizonte. *In*: CAMOS C.R.; MALTA D.C.; REIS A.F.; MERHY E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã; 1998. p.11-30.

GOYA , N. *O SUS que funciona em municípios do Ceará.* Fortaleza: AMECE,1992.

SILVA, S.F. *A construção do SUS a partir do município.* São Paulo: HUCITEC, 1996.

SOLLA, J. J. S. P.; SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; REIS, A.T. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências – Gestão dos Serviços de saúde.* Brasília, DF, 2002.

MALTA, D.C.; FERREIRA, L.M.; REIS, A.T., MERHY E.E. Acolhimento – Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. *In*: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY E. E. *O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-42.

MALTA, D. C. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996 (Tese Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In:* CECÍLIO L, (org.) *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 117–60.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. *In*: ROUQUAYROL M. Z; ALMEIDA FILHO N. E*pidemiologia & saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SILVA JÚNIOR, A.G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o* debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.J.S.P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. *In:* LIMA, N.T., GERSCHMAN, S.; EDLER F.C.; SUÁREZ J.M. (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 451-79.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *In*: TEIXEIRA, C.F., (org.). Pr*omoção e vigilância da saúde.* Salvador: CEPS, ISC, 2002. p. 79-99.

GOMES, M.C.P. A, PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface* n.9, p.287-301, 2005.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. *In*: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 65-112.

PAIM, J.S. Atenção à saúde no Brasil. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde no Brasil* – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília, DF, 2004. p.15-44.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.8, p. 569-84, 2003.

TEIXEIRA, C.F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate,* n.27, p. 257-77, 2003.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Familia,* n.7, p.10-23, 2004.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R., (orgs.) *Agir em saúde:* um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.15, p. 345-53, 1999.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.

In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. p. 241-57.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. *In:* MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Experiências inovadoras no SUS:* produção científica doutorado e mestrado. Brasília (DF), 2002. p. 69-101.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.J.S.P. Gestión em la implementación del programa de salud de la família en Brasil.1998-2002: caso del município de Vitória da Conquista. Washington (DC): Banco Interamericano de Desarrollo, 2003. *Série Estúdios de Caso y Experiencias Relevantes en Gerencia Social en América Latina*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de atenção às urgências.* Brasília, DF, 2004.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, p.585-97, 2005.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Bahia). Prefeitura. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão 2004*. Vitória da Conquista, 2004.

OLIVEIRA, J.B.; GUSMÃO, S.C. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no Município de Vitória da Conquista-BA. *In*: FERNANDES, A.A.; SECLEN-PALACIN, J. A. (orgs.) *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.* Brasília,DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2004. p. 63-76.

Colofão

Formato	15 x 21 cm
Tipografia	Aldine 401 BT 11/15 Castle T e Castle T Ling
Papel	Alcalino 75 g/m² (miolo) Cartão Supremo 250 g/m² (capa)
Impressão	Setor de Reprografia da EDUFBA
Capa e Acabamento	ESB - Serviços Gráficos
Tiragem	500